د. حسان المالح

الخوف الاجتماعي

(الخجل)



الخوف الاجتماعي

(الخجل)

دراسة علمية لاضطراب النفسي،
مظاهره، أسبابه، وطرق العلاج

الدكتور حسان المالح

اختصاصي في الطب النفسي - زمالة وخبرة في جامعات فيينا وبريطانيا
عضو الجمعية البريطانية للعلاج النفسي السلوكي
والجمعية البريطانية للعلاج الجنسي والأسري
عضو الجمعية الدولية للطب النفسي

"www.hayatnafs.com"
E-mail: doctor@hayatnafs.com



- الطبعة الأولى ١٩٩٣ م/ ١٤١٤ هـ

دار الفكر - جدة/ السعودية

- الطبعة الثانية ١٩٩٥ م/ ١٤١٥ هـ

دار الإشراقات - دمشق/ سوريا

- رقم DASBON

24287 - 010996- 1

دار الإشراقات للنشر والتوزيع

دمشق - سوريا ص. ب: 34642

هاتف: 776218 /6669410

الخوف الاجتماعي

(الخجل)

بسم الله الرحمن الرحيم

■ صورة الغلاف مأخوذة بتصرف عن لوحة لإحدى الشركات الدوائية.

ربما يكون من الصعب إعطاء تسمية أكيدة لهذه اللوحة..

وقد رأيت أن واحداً من معانيها المتفائلة يرتبط بموضوع الكتاب

وهو أنه يمكن للإنسان أن يتخلص من الآمه وهمومه وأحماله مهما كانت ثقيلة.

محتويات الكتاب

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

مقدمة الطبعة الثانية

تم استقبال كتابي هذا بحرارة خاصة في الأوساط العلمية والعامة ولقد وصلتني كلمات تشجيع واستحسان من المرضى والأصدقاء وغيرهم من المثقفين والمهتمين بالأمور النفسية والاجتماعية، كما كُتب عنه في عدد من الصحف والمجلات السورية.

ولقد أكد لي بعض الزملاء من الأساتذة والأطباء النفسيين في عدد من الدول العربية ضرورة توفير هذا الكتاب في الأسواق العربية... فبادرت إلى دمشق (مسقط رأسي وقلبي ونفسي) كي أطبعه مرة أخرى حيث يتم توزيعه بشكل أوسع بما يضمن تحقيق الفائدة المرجوة... وهي المساهمة في زيادة الوعي الطبي النفسي وإثراء المكتبة العربية بما هو جديد ومفيد في ميدان العلوم النفسية.

وفي هذه الطبعة لم أضف جديداً عما كتبته حول الخوف الاجتماعي في الطبعة الأولى وذلك لقلة المعلومات المستجدة حول هذا الموضوع خلال الشهور القليلة الماضية. وربما يكون هنالك إضافات هامة بعد عدة سنوات في طبعة مزيدة ومنقحة.

ولقد أضفت في نهاية الكتاب بعض التصويبات لأخطاء لغوية ومطبعية احتراماً للغتنا العربية وللقارئ العزيز... والله الموفق.

دمشق ١٩٩٤ م / ١٤١٥ هـ

د. حسان المالح

الإهداء

* إلى والدي الذي علمني العلم كيما انتفع به.. وأنفع به غيري
* إلى القارئ العربي الذي لا يزال يقرأ في عالم المعرفة..
* إلى من يخاف المجتمع من الوراثة إلى الوراثة..
* وإلى كل من يعالج هموم الدين وفكره..

أقدم هذا الكتاب

❑ بين يدي الكتاب

لقد جاءتني فكرة هذا الكتاب بعد تحضيري لإلقاء محاضرة حول الخوف الاجتماعي باللغة الإنجليزية في جمعية الأطباء النفسيين في جدة. وكنت قبلها قد حاضرت حول نفس الموضوع باللغة العربية أمام مجموعة من الأطباء غير النفسيين في إطار زيادة الثقافة الطبية النفسية لدى الأطباء وغيرهم من المثقفين والمربين، والتعاون بين مختلف فروع الطب لتقديم أفضل الخدمات العلاجية والطبية.

وقد كانت انطباعاتي أن الموضوع شيّق ومفيد، لأنه يمس مشكلة هامة يتدخل فيها عديد من العوامل والأطراف منذ النشأة الأولى وسلوك الأبوين، إلى سلوك المدرسين، ومن ثم المجتمع الكبير.

والحقيقة أن حالة الخوف الاجتماعي هي إحدى الاضطرابات النفسية المنتشرة في بلادنا. وكثير من الناس يشكو من أعراضها المزعجة، وقد تكون شديدة ومعطلة للإنسان في علاقاته مع الآخرين مما يؤثر على حياته العملية وإنتاجه، إضافة إلى التأثيرات النفسية العديدة، والإرهاق العصبي، وتقلب

المزاج الاكتئابي واليأس، مما يؤدي إلى ارتسام ملامح حزينة وإحباطات كثيرة في حياة هؤلاء الناس.

ولعله من الأسباب التي دفعتني إلى كتابة مثل هذا الكتاب أن أول الحالات النفسية التي تعرفت عليها منذ أن كنت طالبًا في كلية الطب وولعا بالطب النفسي هي حالة خوف اجتماعي أو رُهاب اجتماعي (القلق والارتباك أمام الآخرين) لطالب في كلية الهندسة كان متفوقًا ومجدًّا ولكن عندما يطلب منه المدرس أن يخرج إلى السبورة للإجابة عن معادلة رياضية (وهو يعرف حلها بسهولة تامة) كانت تصيبه أعراض قلق شديدة وارتباك وهو يحاول أن يستجمع قواه ليخرج من مقعده ويكون لا أعرف كيف يتجنب الوقوف أمام زملائه وهم ينظرون إليه وإلى طريقته في حل المسألة. وكان لنجاحي في تقديم الأساليب العلاجية المبسطة الممكنة وممارسة المريض للتدريبات المطلوبة ومن ثم نجاحه الواضح في كسر حاجز الخوف والرهبة من الآخرين دورٌ هامٌ في تشجيعي أكثر على التخصص في طريق العلاج النفسي والطب النفسي بشكل عام.

ولما كان عديد من المرضى في عيادتي والعيادات النفسية الأخرى يشكون من هذا الاضطراب، ولما كان العلاج يعتمد في جزء أساسي منه على تفاعل المريض وجهوده في أداء التمارين والواجبات لمقاومة الخوف فقد وجدت أن إعطاء فكرة علمية مبسطة وشاملة حول الموضوع بشكل كتاب سيكون له أثر جيد للمساعدة حول فهم هذه المشكلة وإعطاء الخطوط

العربية والأساليب الحديثة للعلاج. لا سيما أن المؤلفات العربية حول الموضوع نادرة أو غير متاحة.

ونعتقد أن هذا الكتاب يفيد كثيراً من يعانون من مشكلة الخوف الاجتماعي والارتباك والقلق في المناسبات الاجتماعية. كما أنه مفيد للأخصائي النفسي والطبيب النفسي في إعطائه فكرة علمية وعملية عن الموضوع مما يساعده في تطبيق المبادئ العلاجية. وأيضاً يمكن أن يفيد المدرسين والمدرسات والآباء والأمهات في تعاملهم مع طلابهم وأبنائهم وتشجيعهم على تحقيق شخصيتهم وإتاحة الفرص لهم في التحدث أمام الآخرين دون مبالغة في القلق. كما أنه يفيد القارئ العام والمثقف العربي في الاستزادة من علوم النفس والطب النفسي بما فيه الخير للفرد وللمجتمع إن شاء الله.

ويضم هذا الكتاب عدة فصول بدءاً بالمقدمة حول الموضوع ثم بالتعريف بهذه المشكلة ثم أمثلة عملية عليها. ثم تشخيص هذه الحالة وفقاً لمختلف الأساليب التشخيصية. وفصلاً عن الخجل والاضطرابات المشابهة له عند الأطفال ثم فصلاً خاصاً حول الشخصية الهروبية الاجتنابية وفصلاً للتفريق بين هذا الاضطراب وبين الاضطرابات الأخرى النفسية. وأيضاً فصلاً عن انتشار هذا الاضطراب وفصلاً عن المضاعفات المرافقة له. وفصلاً عن الأسباب المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى الخوف الاجتماعي. وفصلاً حول العلاج وأساليبه المتعددة وفصلاً أخيراً حول الوقاية. إضافة إلى

المختصرات والتي تضم الاختبارات الطبية ومختصرات عن البرامج العلاجية. وأضفتُ المراجع وجداول للمصطلحات والكلمات الإنكليزية ومعانيها في العربية. وفي النهاية خاتمة أدبية تلخص موضوع الكتاب لتكون محطته الأخيرة مع مذكرة عامة حول مجال الطب النفسي.

ولقد حاولت أن تكون لغة الكتاب بسيطة سهلة قدر المستطاع. كما حاولت أن أقدم عرضا متكاملا بما يتصل بموضوع الطب الاجتماعي، وتطرقت إلى عدد من مشكلات الطب النفسي وموضوعاته محاولا شرحها بوضوح واختصار بعيدا عن التجريد النظري، وفي ذلك توسيع للفائدة. أرجو أن يكون هذا الكتاب مفيدا ونافعا لكل من يقرأه، وأن يكون إسهاما ناجحا في بناء الوعي الصحي النفسي.

كما أرجو أن أكون قد وفقت في عملي هذا، والله ولي التوفيق.

د. حسّان المالح

حماه ١٩٩٣م ـ ١٤١٣هـ

المقدمة

إن الخوف الاجتماعي هو من الاضطرابات النفسية المنتشرة، وهو موجود في جميع المجتمعات البشرية ولكن بنسب متفاوتة، وهو موجود منذ العصور القديمة، وقد أورد (أبوقراط) عالم الطب اليوناني الشهير وصف دقيق لحالات شديدة من هذا الاضطراب. (مرجع رقم ٣٠)

وهناك كثير من القصص حول هذا الموضوع تخص قواد وعمالقة للشخص الذي يخاف ويخشى أن يتحدث إلى مجموعة من الناس (وهذه إحدى المواقف التي يخاف منها الشخص المصاب بالخوف الاجتماعي).

ومن القصص المشهورة أن شخصاً كان يتلعثم ويهاب الارتباك أمام الناس، وصار يذهب إلى شاطئ البحر وحيداً حيث لا يراه أحد ويضع حصاة صغيرة تحت لسانه ثم يتحدث بصوت عال وكأنه يخطب أمام الناس، وداوم على تكرار ذلك وأصبح فيما بعد من أشهر خطباء اليونان.

ولعله من الغريب أن يضع حصاة تحت لسانه وربما ذلك ساعده على التركيز وتذكر تحريك لسانه بشكل مناسب كي يطلق

الحروف سيكبر الرضيع. وربما كانت هناك تفسيرات أخرى لذلك.

وهناك عدد من القصص الأخرى حول التأتأة وكيف يمكن للإنسان أن يتحكم فيه أثناء الحديث أمام الآخرين سيأتي ذكرها في فصل طرق العلاج.

ونحن من المفيد أن نذكر أن الطفل الرضيع بعد الأشهر الأولى يبتسم للآخرين عندما يلاطفونه أو يتحدثون إليه. وهذه الابتسامة تعتبر من أولى الإشارات الاجتماعية المبكرة وأحد أنواع الصوت الاجتماعي عند الإنسان. وتعبر عادة هذه الابتسامات وجود شعور بالسعادة في الإحساس الذي يشعر به الطفل ويبادله الابتسامة وكلمات الاستحسان وتقوية مشاعر الحب والألفة.

وبالطبع فإن بكاء الطفل هو اللغة الأساسية الفطرية التي يعبر بها عن مشاعره البسيطة وأسباب الصراخ والألم الجسمي والشعور بعدم الأمان عندما يترك وحيداً. والبكاء هو الإشارة الاجتماعية الأولى التي تبدأ مع ولادة الطفل ويستمر وقتاً طويلاً ويستجيب الأم أو الأب أو من يقوم برعاية الطفل لهذا البكاء، ويطمئن الرضيع ويلبي حاجته ويخفف الألم الذي يحس به من خلال هذه الإشارة التعبيرية الاجتماعية.

ومع نمو الطفل الجسمي والعصبي تتطور اللغة التعبيرية عند الطفل وتظهر الابتسامة كما ذكرنا ثم ستظهر التعبيرات الأخرى الانفعالية مثل تعبيرات الوجه والجسم في حال رفضه

لنوع من الطعام أو غير ذلك. كما يبدأ اللغة والكلمات بالتطور السريع ويبدأ الطفل يستعملها للتعبير عما يريده أو لا يريده بشكل مختصر. ومع مرور الوقت تتحول اللغة وما يرافقها من تعبيرات الوجه والجسم غير اللفظية إلى أسلوب التعبير الأساسي ووسيلة الاتصال مع الآخرين.

وإذا تتبعنا ابتسامة الطفل الرضيع تجاه الآخرين من حوله نجد أنها تستمر وتتحول إلى ابتسامة عريضة ثم ضحكة واضحة ثم قهقهة مسموعة. كما نجد ظهور الأشكال التعبيرية الأخرى الاجتماعية التي يستعملها الطفل الأكبر سنا مثل سماع الأوامر وتنفيذ الطلبات البسيطة وإحضار الأشياء. وتتطور القدرات الاجتماعية مثل اللعب مع الأطفال الآخرين والكبار وتنمو القدرة على التبادل وتقديم اللعب إلى الآخرين أو الحلوى وما شابه ذلك.

وإضافة إلى ما ذكر حول تطور السلوك الاجتماعي عند الطفل فإن الطفل في الشهر السادس من حياته تزيد عنده ردود فعل خاصة عند مقابلته لأشخاص غرباء سواء كانوا أطفالا أو كبارا وهو ما يسمى بالخوف من الغرباء. وهو سلوك فطري في أساسه يعني إثارة نوع من القلق في نفسه وسلوكه تجاه مواجهة أشخاص غرباء. ويعني في ذلك فوائد عديدة تجعل الطفل يتعلم من الآخرين ويميزهم وكيفية التعرف إليهم بالتدريج بدلا من أن يبقى الطفل ويتجاوب بمعظم الأشخاص تجاه ضحكة متكررة وسلبية لا يتجاوب مع أمثاله

الأخرين أو إبعادهم بالاقتراب منهم وغير ذلك. وبعد مضي بعض الوقت في الموقف الاجتماعي وشعور الطفل بأن الطرف الغريب غير مؤذ أو مزعج تخف درجة الخوف ويعود الطفل إلى طبيعته المبسوطة في التفاعل البريء مع الآخرين.

وتلعب التجارب اللاحقة العديدة التي يمر فيها الطفل في المواقف الاجتماعية مع الأشخاص الغرباء دوراً هاماً في تحديد سلوكه الاجتماعي في المستقبل. وكلما ازدادت التجارب المؤلمة في مواجهة الآخرين كلما كان الطفل أكثر قلقاً في المواقف القادمة، ويساهم في زيادة القلق وتقوية التجربة بالخوف المؤلم عوامل مثل فقدان أهل الطفل له أو الابتعاد عنه أو إهماله أمام الآخرين، إضافة إلى وجود ميل الأشخاص الغرباء أنفسهم وتصرفاتهم مع الطفل كالإمساك أو عدم الانسحاب أو إزعاج الطفل بشكل من الأشكال.

والطفل الأكثر حساسية (وربما يتحدد ذلك بشكل كبير بالأسباب الفطرية أو الوراثية) يحتاج إلى عدد أكبر من كلمات الطمأنة أو الاستحسان. والموقف الاجتماعي الذي قد يبدو عادياً لطفل أو الشخص الكبير يمكن أن يكون تأثيره سيئاً ومشحوناً بالقلق والتوتر بالنسبة لطفل حساس.

ووفقاً لإحدى النظريات العلمية فإن الطفل يمر قبل نهاية السنة الأولى من عمره بمرحلة خاصة من تطوره العقلي حيث يستعمل طريقة مبسطة في التفكير لتصنيف التجارب الجديدة والمشابهة التي يستمتع بها من خلال الأم أو العادات الأخرى؛

يعتبرها شيئا جيدا أو رديئا وأما الإحباطات المتعددة وعدم تلبية
رغباته وإحساسه بالألم الجسمي أو النفسي فهي شيء سيئ،
أو سلبي. وهذه الطريقة في التفكير جذابة وجازمة. فالأمور
جيدة أو سيئة ولا يوجد حل وسط. ويفهم الطفل ما حوله من
أشخاص وفقا لهذه النظرة الضيقة. وفي تجارب الطفل مع
الأشخاص القريبين منه يحفظ الطفل طريقته في التفكير عنهم
ويصنفون بعض الأشخاص إلى رموز للشر وآخرون للخير

وإذا كانت تجارب الإحباط والألم كثيرة في داخل الطفل
فإنه من المفهوم أن تكون تصوراته ونظرته عن الآخرين مشبعة
بتوقع الشر والأذى من الآخرين وبالتالي يكون عنده رغبة أكبر

والتطور الطبيعي وتجاوز هذه المرحلة الخاصة من التطور
النفسي يعتمد على وجود عدد كاف من التجارب اللذيذة
والممتعة. حيث يؤدي ذلك بإضافة إلى النمو العقلي الطبيعي
إلى أن يفهم الطفل أن الآخرين فيهم جوانب جيدة وصالحة
إضافة إلى جوانب أخرى سيئة أو غير صالحة. ولكن الجانب
الجيد هو الأغلب. وهذه النتيجة بحد ذاتها مرحلة لاحقة بعد
الفكرة المثالية الجميلة بالخير المطلق. وكثير من الأشخاص
يصل إلى هذه النتيجة الذاتية متأخرا. وتعتبر هذه النظرية
النفسية أن حل هذه العقدة الخاصة المرتبطة بنظرة الطفل إلى
أمه والآخرين والجوانب المتناقضة الجيدة والمزعجة في
شخصياتهم يعتمد على درجة الصحة النفسية، وأن تعلم هذه
الطريقة في التفكير هو جوهر وأساس لكثير من الأمراض النفسية

وقد أبرز الشعراء وبعض الفلاسفة بعض الجوانب المذكورة سابقاً وطرحوا آراءهم حول طبيعة الإنسان وتكوين النفس فبعضهم من قال بأن الإنسان يستطيع بحياته ماسكه ويضحي بهذه الجوانب و غيروا أن الحياة كلها شقاء و آلام واكتئاب والبعض الآخر يتحدث عن ابتسامة الأطفال وبراءتهم وسلوكهم الاجتماعي الطيب وأن الإنسان يحب الآخرين بشكل فطري ويحب أن يكون معهم ويشاركهم في التعب والطعام وغير ذلك وينضم إليهم والبعض الآخر أبرز جانب عدوان الإنسان من الغريزة وموضع الشر فيه حوله وتقسيم مواهبهم على أنها شر والذي وأن الحياة الإنسانية هي حياة الذئاب كل يحاول أن ينهش في لحم الآخر

والحقيقة أن كل هذه النظريات تخص النظرة الشاملة للإنسان وقد أبرزت بعض الحقائق على حساب حقائق أخرى فكانت النتائج مشوهة ناقصة

والحياة الإنسانية فيها الخير والشر والصراع قديم بينهما قدم الإنسان. يقول الله تعالى

﴿وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا ۝٧ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا ۝٨ قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا ۝٩ وَقَدْ خَابَ مَنْ دَسَّاهَا ۝١٠﴾ [سورة الشمس آيات ٧ - ١٠].

ومما لا شك فيه أن بعض الأمراض النفسية هي تضخيم للأمور النفسية الطبيعية التي تحدث مع كل إنسان ولكنها قد تتطرف ويزداد عرضها وحدتها لتصبح مرضا واضطرابا مستقلا

فالخوف الطبيعي يمكن أن يتحول إلى اكتئاب مرضي والمرح العادي إلى هوس مرضي، والخوف (Fear) من الغرباء يمكن أن يتحول إلى شك وشعور بالاضطهاد المرضي أو إلى شعور آخر إلى الخوف الاجتماعي.

ويلاحظ أن القلق في أداء بعض الأعمال أمام الآخرين كالتحدث أو إلقاء كلمة، والطعام أو الشراب، شعور طبيعي جداً. ويكون القلق المرضي بشكل دائم ومستمر أو كثيراً عندما يدخل المرء على مجموعة من الناس، وأيضاً في غالب الرجال يهيبونه لأن الشعور بالخوف يجعل الإنسان أكثر استعداداً لمقابلة الناس بشكل جيد ويعطيه القدرة على التكيف (Adaptation)، وهو يحمي الشخص أو المتحدث أن يحضر كلمته أو محاضرته بشكل أفضل، وأن يكون مدركاً ومتابعاً لما سيقوله وإلا فإن عمله سيتعرض للأخطاء بل كان يخاف أو غير مفهوم.

وبشكل عام فإن القلق الاجتماعي والأفكار الذاتية التي تدور في بال الفرد نحو الآخرين والاجتماع معهم وشعوره بأن الناس ستنظر إليه وتفحصه ويكون عنه آراء سلبية وأوصافاً سلبية وإيجابية هو دافع مهم كي يحسن الإنسان من مظهره وسلوكه وتصرفاته وكي يكون مثالياً أكثر وأكثر ضبطاً لنوازع الشر والرغبات والتصرفات غير المقبولة اجتماعياً، فالقيم الاجتماعية والأخلاقية السائدة تتطلب من المرء أن يرتقي بنفسه وأن يضبط شرورها ويشترك الفرد هو وغيره في ذلك من خلال رأيه وآرائه.

الآخرين وردود أفعالهم واستجابتهم أو استنكارهم من صدور شيء أو تصرف شاذ.

وهكذا، فالفرد العادي في مواجهته للمسائل والمناسبات الاجتماعية المختلفة هو فرد يحس بالحرج والضيق ولكن عندما يزداد شدته يكون مشكلا ويؤدي إلى الخوف والاضطراب والارتباك الزائد ومن ثم إلى تجنب هذه المواقف قدر الإمكان وهذا ما يسمى بالخوف الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي.

وفي الفصول الآتية سيأتي تفصيل عن مختلف مظاهر هذا الاضطراب والأسباب التي تؤدي إليه إضافة إلى طرق العلاج وغير ذلك.



الفصل الأول

تعريف اضطراب الخوف الاجتماعي

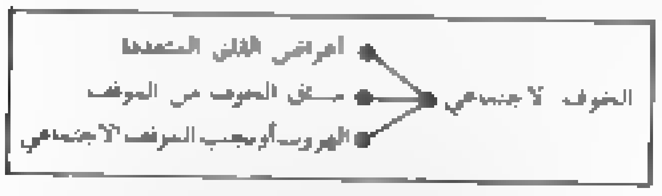
إن مصطلح الخوف الاجتماعي (Social phobia) هو تعبير علمي ومصطلح في الطب النفسي، ويقابله عدد من التعبيرات المشابهة مثل الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي (Social anxiety)، وفي اللغة الدارجة نستعمل مصطلح الخجل أو الحياء وصعوبة الارتباك في المواقف الاجتماعية.

وهو يصنف ضمن مجموعة من الاضطرابات النفسية العصبية أو العصابية تمييزاً عن الاضطرابات الفكرية أو الذهانية العقلية.

وتعد الاضطرابات العصابية جميعها يجمعها القلق بشكل أساسي وهي تسمى اضطرابات القلق، وتضم عدة أنواع، ومنها القلق العام ونوبات الهلع والقلق المعمم، ومنها الخوف من الخروج إلى السوق والأماكن المفتوحة، والمخاوف المحددة مثل الخوف من الحيوانات أو المصعد أو الأماكن العالية أو الخوف

من رؤية الدم وغير ذلك. وأيضاً الاضطراب الوسواسي القهري والاضطرابات العصابية التالية للصدمات. إضافة إلى مجموعة أخرى من اضطرابات القلق غير النوعية والتي تضم أعراض متنوعة من عدد من الاضطرابات السابقة [مرجع رقم ١٦].

وقد أردت توضيح ما يعنيه الخوف الاجتماعي بشكل بسيط يمكن أن نعرف بأنه يعني ظهور أعراض القلق المتعددة في المواقف الاجتماعية. ويرافق ذلك تجنب أو هروب من هذه المواقف بسبب الألم النفسي والتوتر الشديد الذي يتولد في داخل الإنسان عند تعرضه لهذه المواقف الاجتماعية. وأحياناً لا يحدث هروب من الموقف ويحاول الإنسان جاهداً البقاء ولكن بجهد كبير وتوتر شديد. وقد ينتهز الفرصة المناسبة للانسحاب وعند ظهورها يتحرك مباشرة ويخرج من الموقف ويخف التوتر. ويولد هذه الحالة نوعاً من الترقب وقلق الخوف وتوتر قبل حدوث الموقف مما يزيد في درجة القلق ومحاولات الهروب من الموقف.



وأما أعراض القلق (Anxiety) فهي نفسية وجسمية Somatic. ومن هذه الأعراض الجسمية ازدياد دقات القلب وخفقانه (الخفقان) (Palpitation)

وصعوبة التنفس أو زيادة سرعة التنفس والنهجان التنفسي Difficulty In Breathing

وزيادة العرق في الوجه واليدين وكل الجسم Perspiration

وارتجافة في اليدين أو الرجفة Tremor وضعف الساقين والركبتين Weak Legs

وشحوب أو احمرار الوجه أو اصفراره Pale Face or Blushing.

وجفاف الفم من اللعاب (جفاف الحلق) Dry Mouth

(انظر ملحق رقم (٢) وفيه قائمة مفصلة عن أعراض القلق الجسمية)

وأما بالنسبة لمضمون القلق النفسي فإن الإنسان يخاف بشكل مرضي من أن ينظر إليه الناس الآخرون ويتفحصونه ومن ثم يخاف من أن يُحطّ من قدره ومكانته أو ملاحظاتهم أو انتقاداتهم، وأيضا يخاف الإنسان من أن يتصرف بشكل غير مقبول أو مثير لسخريته أو أضحوكة لكل من يراه أو يتلعثم عند الحديث

وبعض الناس ينتابه الخوف من أن يقول شيئاً ما خطأً أو بشكل غير مناسب أو أن يفسر كلامه بطريقة سيئة والبعض الآخر يخاف مما قد يقوله الناس عن مظهره وثيابه وجسمه إذ

المجتمع بالناس وهو يعتقد أن الآخرين سيجدون ذلك ويصفونه بشكل محتقر وفيه انتقاص لشخصه وجرح لكرامته وكبريائه.

وقد يكون الخوف من أن يبدو الإنسان مرتبكا وأن يحكم عليه الناس أنه غير كفء أو ضعيف.

وقد يبدأ الخوف بشكل نسبي من أن يتحدث الإنسان فتلعثم أثناء كلامه ويلاحظ الآخرون ذلك وأن يفقدوا ثقتهم به ويستخفون به. وأحيانا يكون الخوف من أن يتناول الإنسان طعامه بحضور الآخرين في المطعم أو عند ركوب الترولي أو الحافلة. وقد يكون الخوف مرتبطا بالمظهر الجسمي كالشيب والطول والقصر والبدانة والنحافة وشكل الشعر والصلع وشكل الأذن والأنف والصدر والمؤخرة وأيضا لون بشرته. وأحيانا يكون الخوف من موقف بعينه ومن الأشخاص الذين تثير مخاوفه إلى أن يخاف الإنسان من أعراض القلق نفسها فتكون شكوى الخوف من الرجفة فقط أو احمرار الوجه أو التعرق ولكن بعد التدقيق في الحالة نجد أن الإنسان يخاف من الموقف نفسه إضافة إلى الأعراض المصاحبة.

(انظر ملحق رقم (٣) وفيه قائمة عن المخاوف الذاتية في حالات الخوف الاجتماعي)

ويتلخص هذا الخوف في جوهره على أنه خوف من تقييم الناس الآخرين السلبي للإنسان وتصرفاته في موقف اجتماعي واحد أو أكثر Fear Of Negative Evaluation، (مرجع ص ٢٢، ٢٤ [1])

وأما بالنسبة للمواقف الاجتماعية التي يخاف منها الإنسان فهي عديدة ومنها إلقاء كلمة أمام الجمهور. وعادة كلما كان عدد الحضور أكبر كلما كان الموقف أشد صعوبة.

ووجود الشخصيات المهمة والأكبر سنا يضيف نوعا آخر في صعوبة الموقف ودرجة الخوف منه.

والكلمة الارتجالية غير المكتوبة هي عادة أصعب من المكتوبة.

والخوف من هذا الموقف واسع الانتشار بين جميع الطبقات والمستويات. وبعض الباحثين يعتبر ذلك أمرا عاديا وطبيعيا وأنه لا يصل إلى درجة مرضية إلا إذا كانت أعراض الخوف شديدة ومعطلة وتجعل الإنسان يهرب من هذا الموقف بشكل مستمر مع أن ظروفه وطبيعة عمله مثلا تتطلب منه مثل هذا الأداء. وإذا لم يهرب الإنسان من مثل هذا الموقف فإنه يتحمله بكثير من العناء والمشقة وأعراض القلق الشديدة ويحاول التصبر والتماسك بكل جهوده إلى أن ينتهي الموقف. وتستمر أعراض القلق والتوتر والإرهاق بعده عدة ساعات أو أكثر. ويراود المرء المتكلم فكرة حول أدائه وتصرفاته في الموقف وهو يؤنب نفسه ويوبخها على قول كذا أو عمل ذلك. ويأتي الموقف التالي ليواجهه الإنسان بصعوبات كثيرة وقلق وتوتر سابقين. وتتكرر المعاناة والمجاهدة إلى أن يتخذ المرء موقفا علاجيا يمكنه منه ويتعلم بعض الطرق المفيدة للسيطرة على قلقه ومخاوفه.

وينطبق ذلك على المواقف الاجتماعية الأخرى، ومنها

التمثيل أو أداء عمل ما أمام الجمهور والممثل المبتدئ عندما
ما يشعر بدرجة من القلق والتوتر قد يكون شديداً ومعطلاً ولكن
إصراره على عمله والتدريبات المختلفة التي يتلقاها إضافة إلى
التشجيع من نفسه ومن الآخرين يلعب دوراً إيجابياً في السيطرة
على قلقه وتعوده على الموقف.

والحديث بين مجموعة من الناس بصوت عال كأن يسأل
المرء سؤالاً أو يبدي تعليقاً على ما يجري في إحدى الاجتماعات
أو المحاضرات هو أيضاً موقف شائع ويصاحبه كثير ممن لديه حالة
الخوف الاجتماعي. وقد يكون الطالب على درجة عالية من
الذكاء والفهم ويتابع دروسه بشكل جيد ولكنه يمتنع عن الإجابة
إذا ما سأل المدرس سؤالاً ما أو يمتنع عن طرح الأسئلة بسبب
القلق الشديد الذي ينتابه في مثل هذا الموقف حيث ينظر له
جميع الحاضرين ويسمعونه إضافة إلى المدرس. ومما لا شك
فيه أن طبيعة الحاضرين والمدرس تلعب دوراً في زيادة التوتر
والقلق أو تخفيفه. فإذا كان التشجيع والاهتمام هو المعيار العام
للموقف ساعد ذلك على تخفيف درجة القلق. وإذا كان الانتقاد
والتجريح والعقاب هو المعيار العام ازدادت درجة القلق في
الموقف وفي الأمور المحاضرة.

وأحياناً نجد أنه حتى في المواقف العائلية والاجتماعات
الأسرية أن بعض الأفراد يصيبه قلق شديد ولا يستطيع أن
يتكلم أو يعبر عن رأيه أو أن يجيب سؤالاً بسيطاً عن حالته
أو دراسته أو غير ذلك وذلك في حالات الخوف الاجتماعي

الشديدة حيث أن الحاضرين ليسوا غرباء أو أشخاصاً مجهولين بل هم أهل وأقرباء. ويلعب هنا عنصر التوصيل العصبي الذاتي لدى هؤلاء الأشخاص دوراً كبيراً في مستوى هذا القلق إضافة إلى طبيعة الموقف من حيث الإسعاد والتشجيع.

ومن المواقف الشائعة أيضاً التحدث مع المدير أو المسؤولين ويلعب القلق في العمل دوراً هاماً في ذلك وقد يكون القلق شديداً وهو طبيعي ويجعل الإنسان مكبلاً وعاجزاً عن أن يطلب إجازة أو ترقية أو يعبر عن رأيه للمسؤول أو المدير في أوساط العمل المختلفة. وكثيراً ما يؤدي ذلك إلى هجرة الإنسان في وظيفته وربما عدم رغبته إلى وظيفة أخرى. ومن المواقف الأخرى أن يأكل الإنسان أو يشرب في حضور وجود الآخرين وذلك في الحفلات أو الأماكن العامة كالمطاعم. وبعض الناس يهرب من هذه المواقف ولا يستطيع أن يتناول طعاماً أو شراباً في مثل هذه المواقف وقد يتحمل ذلك بصعوبة بالغة وتوتر شديد وقد تسقط الملعقة أو الكأس ويزيد الاضطراب والتوتر ويتمنى الإنسان أنه لم يذهب إلى المطعم. وهو يظن أن كل الناس تراقبه وتنظر إلى كيفية تناوله طعامه وشرابه بتركيز وبشكل مضخم وهو والقلق مما يجعله لا يستطيع الطعام ويفسد عليه أوقاته.

ويعتبر المنسي مرتبك كثير ويخاف من أن يصيب الشهرة ويطبعها بمظهر (المظهر العرضي) أو التافه أو القصير. وهو يحاول الهرب من هذه الوظيفة بشتى الطرق كأن يطلب من أخيه

لأصغر سبب أو من شخص آخر أن يقوم بهذه المهمة الشاقة المستحيلة؟؟؟

والبعض الآخر يربك كثيراً إذا قدم له فنجاناً من القهوة أو الشاي أو الماء كي يشربه أمام الناس ويرتجف يداه ولقد يحدث الفنجان أصواتاً واهتزازاً ولمعاناً يسقط وينكسر. وبعضهم يفضل أن لا يشرب شيئاً أبداً كي لا يتعرض لمثل هذه المواقف أو أن يأخذ الكأس ويضعه جانباً وينتظر فترة حتى ينشغل الآخرون عنه ثم يرتشف رشفات متقطعة كي ينتهي من هذا الإحراج

وبعض الناس يخاف من أن يصلي صلاة جهرية وهو يؤم الناس. يحاول الهروب من الموقف وتقديم غيره للإمامة. وقد يؤدي هذا الخوف إلى الابتعاد عن صلاة الجماعة أو الذهاب إلى المسجد في بعض الحالات

ومن المواقف الأخرى المثيرة للخوف مع بعض الأشخاص الأكل في مختلف المناسبات والمواقف حيث يحدث [illegible] والتوتر والقلق

ومن المواقف الاجتماعية الأخرى التي يخافها بعض الناس إلقاء الكلمات ودعوة الآخرين إلى الطعام والذهاب إلى الحفلات والأعراس وأيضاً التعريف (التعرف) والكتابة أمام الناس وأن يكون الإنسان مع مجموعة أكبر منه سناً والمواقف التي يتحدث فيها الإنسان عن نفسه ومشاعره وأحياناً يكون

بمجرد مرور الإنسان في السوق أو قرب الغرباء موقفًا مرعبًا ومخيفًا يبعث على القلق في حالة وجود من ينظر إليه من الناس. وأحيانًا يخاف الإنسان من أن يسمع الآخرون الجالسون في الغرفة المجاورة صوته أثناء كلامه ولو يخفضه. وربما يخاف من ربط أزرار الثوب أو القميص أمام الآخرين. [مرجع رقم ١١، ٢٠، ٢٦، ٢٣، ٣٢]

(انظر ملحق رقم (١) وفيه قائمة بمختلف المواقف الاجتماعية التي يمكن أن يخاف منها الإنسان)



الفصل الثاني

أمثلة عملية

□ الحالة الأولى

شاب وعمره ٢٨ سنة هو مؤهل جامعي ويعمل في مؤسسة تجارية منذ ثلاث سنوات راجع العيادة النفسية وهو يشكو من صعوبة مواجهة بعض الناس والخجل الأحمر وانه يرتبك ويظهر عليه رعشة في اليدين وهو يكره الزيارات بشكل عام ولكن يجب عليه أن يخرج ويزور الأقرب وهو يشكو من هذه الحالة منذ سن المراهقة وحاول جهده أن يتخلص من قلقه وارتباكه ولكن حالته لم تتحسن وهو مقبل على الزواج بعد حوالي شهرين وقد تم تحديد الموعد من قبل الأهل وهو الآن قلق جدا كيف سيواجه حفل الزواج والزيارات العديدة التي يجب واستقبال الضيوف وكيف ستكون حياته الاجتماعية بعد الزواج وقد اعتبر أن أصعب المواقف هي عندما يأتيه ضيوف أكبر منه سناً وعليه أن يقدم لهم القهوة وهو يذكر جيداً ماذا حدث له منذ عدة أشهر حينما جاءه ضيوف إلى المنزل واضطر إلى صب

القهوة وكيف كان يرتجف قلقاً ويعتقد أن سبب لنزلة الزائر الأول عصبيته وواصلت معاناته عند الزائر الثاني وقال له عليهم يجب وضع القهوة وهو يتقدم أنفسنا حوله يرتبك أكثر بالمواقف السهلة عادة في التي تتطلب الاصطحاب من جنس النساء

وفي تاريخه الشخصي كان أبوه شخصية قوية وعصابية وأم شخصية قلقة وتتدخل في أموره بعطف زائد وتسأل عن طعامه ونومه وأحواله بالتفصيل. وترتيبه الثاني في الأبناء الذكور. وقد توفي والده وهو صغير وكان أخوه الكبير مسؤولاً عن الأسرة وكان شديداً في معاملته. وقد اعتبر تربيته بأنها كانت تتصف بالحماية الزائدة. وكان له عدد من الأصدقاء. وبعد المراهقة كانت له بعض التجارب العاطفية العابرة أثناء السفر. وقد نال من الليسانس منذ زمن طويل. وهو إنسان جدي ومنظم ومتدين وناجح في عمله وهو سمعته حسنة بين أهله وأقاربه.

ومن الناحية الجسمية لا يشكو من أية أمراض. وهو يلبس نظارة منذ عدة سنوات بسبب قصر في النظر. وشكله العام عادي ومعتدل القوام.

ومن الناحية النفسية فإنه لا توجد أعراض القلق الواضحة إلا في المواقف الاجتماعية المذكورة سالفاً. ولا يوجد أية اضطرابات أخرى. ومن ناحية الشخصية لا يوجد اضطراب واضح ولا يمكن اعتباره انطوائياً منعزلاً. ويبدو لديه مشاعر واضحة بالنقص وضعف تقدير الذات (Low Self Esteem) وربما لديه بعض صفات الشخصية القلقة.

□ الحالة الثانية

شاب وعمره ٢٥ سنة، لم يكمل دراسته الجامعية بسبب اضطراره للعمل، يعمل بعمل كتابي في إحدى المؤسسات منذ سنتين. يشكو من الخجل التام في معظم المواقف الاجتماعية، ويحمر وجهه وتتعثر عنه الكلمات إضافة إلى الرجفة في اليدين ودقات القلب الشديدة في حال مقابلته بالآخرين. وذلك منذ سنوات طويلة. وتشمل هذه المواقف مثل الإجابة على أسئلة المدرس في معهد العلم (مع أن تقديره الأول في الامتحانات الكتابية) إلى لقاء بعض الأقارب الأكبر منه سناً وأيضاً في أوساط العمل مع زملائه عندما يكونون مجتمعين أو مع رؤسائه.

ويجد صعوبة في التحدث على الهاتف ولا سيما إذا كان زملاؤه ينظرون إليه. ويرتبك كثيراً عندما يرى إمام المسجد (وله به صلة قرابة) ويحس أن عليه أن يقترب منه ويسلم عليه.

وعندما يذهب إلى خالته حين تدعوه على العشاء يشعر ويرى أنه خير يكون صامتاً في الغالب ولا يستطيع أن يتكلم.

وقد تلقى بعض الأدوية النفسية لفترة قصيرة منذ حوالي سنتين بعد اضطراره لترك دراسته ووصف حالته بأنه كان متكدراً وحزيناً.

ومع استمراره في الحياة العملية وتوقع أن تزداد خبراته ولكن كان يتعرض لإحباطات كثيرة بسبب ارتباكه وخجله وخلال عمله كان يشعر بالطاقة الزائدة ويقوم بعمل ما يطلب منه

ولو على حساب نفسه . وكان يجد صعوبة كبيرة في أن يعبر لا أو يعتذر عن أداء عمل لا يحبه . ولم يشترك معه الموظفين وهو أصغر منهم سناً فكان مرهقاً وكان يسمع بعض التعليقات الساخرة عن احمرار وجهه وارتباكه ويجد صعوبة بالغة في أن يرد عليهم في أغلب الأحيان . لم يكن سعيداً في عمله وكان يبحث عن عمل آخر ولا سبب له التغيير لم يكن واضحاً عنده بسبب ما نقل إليه ظلماً عن إهماله وانتقاداته للعمل . وفي إحدى مقابلاته مع المدير نقل ما نسب إليه وعرض عليه حقيقة البعض ولم يستطع أن يعبر عن نفسه وعن حقيقة ما يجري بسبب الارتباك والتلعثم .

وفي تاريخه الشخصي كان يشكو من الخوف عندما يبتعد عن بيته وأهله وأيضاً يخاف من الوحدة والظلام . واستمرت الحالة حتى سن الثانية عشرة . وهو الابن الأكبر للأسرة . وأبوه يعمل موظفاً عسكرياً ويفرق بينهما سن كبير . وهو متعلق بوالدته وينزعج من صراع أبيه المتكرر في الشرب وخلافاته مع أمه المستمرة وتهديدات الطلاق . كما وصفه بأنه لم يكن يهتم ببيته وأطفاله .

وكانت طفولته يملؤها الخوف . وكان يشعر بالألم لأنه لا يستطيع أن يدافع عن نفسه وإخوانه الأصغر تجاه أبناء الجيران المزعجين (قليلي التربية) . وقد تعرض بيت الأسرة لهدم جزئي بسبب مخططات الطرق وأثر ذلك في نفسه كثير ولا سيما أن مظهر أسرته ومنزله كان يبدو فقيراً وغير محترم . وكان في مدرسته

من الأوائل وهو ملتزم دينياً منذ زمن طويل

ومن الناحية الجسمية فإن صحته جيدة وقامته قصيرة نسبيا ولكنه وسيم الوجه

ومن الناحية النفسية فهو يشكو من نوبة اكتئاب ارتكاسي (Reactive Anxiety Depression) مرتبط بظروفه المهنية العملية وبداية المخاوف الاجتماعي التي بدأت منذ عدة سنوات ومن ناحية شخصيته لديه العديد من صفات الشخصية التجنبية الهروبية (الاجتنابية) Avoidant Personality Anxious

(انظر إلى الفصل الخامس لمزيد من التفاصيل حول الشخصية الهروبية)

☐ الحالة الثالثة

شاب وعمره ٣٠ سنة متزوج ولديه أطفال يعمل مهندسا في إحدى الشركات

يشكو من التوتر والقلق والمخوف في بعض المناسبات الاجتماعية ولا سيما الاجتماعات المهنية حيث يجب عليه أن يقدم تقرير عن سير العمل وأن يتحدث عن مقترحاته وآرائه في الاجتماعات التي تضم زملاءه ورؤساءه وهذه الاجتماعات صارت متكررة منذ حوالي سنة

وربما كان يشعر بدرجة من الارتباك وخفقان القلب

والرجفة عند لقاء من هو أكبر منه سناً من الأقارب. وأيضاً عند التحدث مع المدرسين وفي حفل وجود مجموعة كبيرة من الأشخاص. وعند محمود أن يبتسم ليخفي قلقه. وفي كثير من الأحيان بدلاً من أن يرتبك ويتلعثم في إجاباته يرسم على وجهه ابتسامة صغيرة وصار بعض الأشخاص يوجه له الملاحظات حول ذلك وأنه يبتسم فقط ولا يجيب ولكنه ينجح في أن يخفي قلقه ويعطي الموقف سلام. ولكنه عيب بعد يؤنب نفسه ليتني قلت كذا أو كذا. وهو يعتبر نفسه جباناً ولا يرضى بالظلم أو الإهانة لأي شخص. وهو يجامل من هو أقوى منه باحترام ومعاملة زائدة وهو لا يحب أن يؤذي أحداً أو ينتقد من هو أكبر منه.

وهو يعتبر أن به ضعفاً في الشخصية وهو يحاول أن يثبت نفسه أكثر وأن يفرض آراءه ومواقفه كي يكون كشخصية شجاعة وناضجة وقوية. وهو متفوق في دراسته وعمله ولديه كثير من الطموحات العلمية والابتكارات. ويضايقه أن لا يستطيع النظر في العيون مباشرة ويعتبر ذلك نوعاً من التحدي لزملائه أو من هو أكبر منه سناً. ويراوده بعض الأعراض اللاإرادية عند مقابلة المدرس أو المدير ويرتبك في أن يعبر عن آرائه عنده.

وفي إحدى المرات انسحب من المحاضر وأسلوبه ونطق بشكل متأخر سريع مما أدى إلى انسحابه من المحاضرة أثناء المرحلة الجامعية.

وفي تاريخه الشخصي كان أبوه شخصية ضعيفة وغير جريء وأمه أيضاً ولكن بدرجة أقل. وترتيبه الرابع بين إخوته وهو يتضايق من ضعف أبيه، ويود أن يكون قريباً من أمه ويحب طباعها العديدة ويساعدها في الأعمال المنزلية. وتعرض أثناء دراسته الابتدائية لعدة مضايقات من الطلبة الأقوياء وهو يحس أنه يعود السبب إلى الوراثة ويتكلم بتخوف من بعض الإصابات والأوصاف المرعبة والصراع القليل. وهو يشهد الأب بصفاته الزوجية والعاطفية وظروفه العصبية ويعتقد أن شخصيته قد تحسنت وصار أكثر ثقة في نفسه. وهو يحاول أن يشق طريقه المستقل وأن يقوي من نفسه.

ومن الناحية الجسمية لا يشكو من أي أمراض. وشكله العام عادي ومعتدل.

ومن الناحية النفسية فإن طريقته في الكلام سريعة ويقطع بعض الحروف أثناء النطق وقد تعود على ذلك منذ وقت طويل والقلق والخوف عنده مرتبطان ببعض المواقف الاجتماعية فقط ولا توجد أعراض أخرى. كما أن شخصيته لا تتضح فيها سمات مرضية (Pathological Traits) وهو يميل إلى التنافس ويبرز عنده اندفاعات الغضب والانتقاد والمشاعر المبهمة المعدوم بها ويعانيها في تركيبته النفسية بروز مشاعر الحساسية والانتقاد النفسي والضمير المحاسب (Sensitive-Conscience) (Guilty-Conscience)

□ الحالة الرابعة

مصطفى وعمره ٢٧ سنة عزب ويعمل في شركة خاصة لأخيه كاتب لتصدير منذ عدة سنوات يشكو من التوتر ومراقبة الغير المستمرة أثناء مقابلته للغير منذ حوالي عشرة سنوات وهو يحس أن الأشخاص الذين يجتمع بهم يطيلون النظر إليه وأنهم قد يشكون في تصرفاتهم أفكارا سيئة عنه وعن شخصيته ولذلك فهو حريص على أن يظهر بمظهر مناسب ولائق ويخشى أن يخطئ في استعمال كلماته ويشكو أيضا من ارتجاف خفيف لليد والتلعثم واحمرار الوجه ورعشة خفيفة في اليدين والخوف العام عندما يقابل أشخاص للمرة الأولى من خلال زيارات العمل التي يقوم بها عدة مرات في الأسبوع ومع الأقارب والأشخاص المألوفين عنده يكون قلقه وتوتره أقل ولكنه يفضل أن لا يتكلم كثيرا وغالبا لا يستطيع الرد على بعض الكلمات الاعتيادية التي توجه إليه بطريقة المزاح ويعاني كثير من بعض التعبيرات التي تحمل معنى الشذوذ الجنسي ويخطر في باله أن الشخص الآخر ربما يعتبره شخصا مختص في المرغوب ويتزعج كثيرا من المشي في الشارع قرب المقهى حيث يوجد أشخاص كثيرون وربما علق أحدهم بشكل مشين مما سيضطره إلى الرد أو (المضاربة) وهو يتجنب مثل هذه المواقف عمدا وهو يرغب في الزواج ولا سيما أن أخوه الأصغر قد تزوج منذ مدة قريبة

وفي تاريخه الشخصي ينتمي إلى أسرة ريفية صعيدية من الناحية العلمية

وقد عاش في المدينة منذ أن كان طفلاً صغيراً، وكان زملاؤه يعيرونه بأصله. ووالده موظف وضعيف الشخصية، وأما والدته فهي قوية ومسيطرة وأوامرها كثيرة إضافة إلى وصاياها المستمرة إلى مجانبة الناس وتحذيرها المستمر من مخاطر الناس. وترتيبه الثالث بين إخوانه، وأحد إخوانه الأصغر سناً يشكو من التحيز والارتباك أما أخوه الكبير فهو قوي ومنجح، وقد تعود أن يخضع لسيطرته.

وقد عمل عدة أعمال مهنية قليلة الراتب قبل عمله الحالي، ولم يكمل دراسته الجامعية، وله بعض الهوايات الخاصة، وكان يحب الرياضة وحصل على مدربين عالميين في رياضات العنف إلا أنه لم يسبق له أن تعرض لأية مشاجرة. ولم يتعرض لشذوذ الجنسي، وهو ذكي ومثقف ويحلم من خصوصية شخصيته وبناء أسرة خاصة به.

ومن الناحية الجسمية لا يشكو أية أمراض، وجسمه رياضي وملامحه رجولية وجميلة.

ومن الناحية النفسية يشكو من أعراض القلق والخوف المرتبط بالمواقف الاجتماعية، إضافة إلى قلقه الدائم حول ثقته بنفسه ورجولته، وهذا القلق مفهوم من خلال شخصيته وظروفه وليس شديداً أو معطلاً، ولا توجد اضطرابات أخرى. وفي إجاباته حول اختبار الإسقاط (رورشاخ) (Rorschach) (Projective Test) يبرز عنده الخوف من الرفض العاطفي والعقاب بشكل متكرر، وأيضاً القلق حول المواضيع الجنسية

وصورته عن نفسه. ولا توجد انحرافات جنسية. وهو شخصية سمحة لديه بعض صفات الشخصية القلقة الاجتنابية الهروبية بدرجة متوسطة، إضافة إلى بعض صفات الشخصية الوسواسية كالنظام والدقة والنظافة والترتيب والتحويل العقلاني (Obsessions) (Compulsive Personality Traits).

☐ الحالة الخامسة

شذا وعمرها ٢٩ سنة، متزوجة ولها طفلين، تدرس في الجامعة، وزوجها قريبها ويعمل بالتجارة. تشكو من أنها خجولة وترتبك في مقابلتها للأشخاص الغرباء حيث تزيد ضربات القلب وتشحب لونها، وفي أوساط الأهل والأقارب تكون خجلة ولا تستطيع المشاركة في الحديث بسبب القلق وما قد يقال عنها من أمور سيئة. وعندما تحضر حفلة ساهرة تحضر متأخرة بعد تفكير طويلاً وتتردد قبل أن تدخل على الحضور، وعند دخولها مكان العمل تختار أقرب كرسي وتظل متحمسة لا تستطيع التجول أمام الحضور أو تغيير مكانها فيه وربما لإحدى صديقاتها. وصوتها ضعيف ومضطرب، وهي لا تستطيع أن تنتقد أحد بشكل واضح. وحتى المناقشة في الأسرة تجد صعوبة كبيرة في انتقادها أو توجيه الملاحظات لها حتى عندما يحصل خطأ واضحاً.

وهي تنزعج من كونها لطيفة جداً ومعارفها يشعرون ذلك فيها ويعتبرونها ملاطفة بأنها شديدة الذوق ولطيفة مع الناس، ويحب زوجها ويعتبر ذلك من صفاتها الإيجابية وهو سعيد

بهذه الصفات وهو يثني على هدوئها ورزانة أعصابها ولا سيما
أنه عصبي المزاج وسريع الغضب وأسلوبها الهادئ يعيده إلى
صوابه وهكذا فهما يكملان بعضهما البعض ولكنه يعيب
أيضاً بأنها خجولة ومرتبكة في بعض المواقف دون مبرر وهو
يشجعها في الفترة الأخيرة على التعبير

تعرضها كثيراً للعمل والنشاط الاجتماعي وقد حاولت أن
تكون واضحة وصادقة كما رفضتها انفعالات المرأة المحدودة
وسطحيتها وهي تسعى لمزيد من الثقافة والعمل بعد التخرج
وهي تسعى الآن إلى تقوية شخصيتها وتخطيها حالة القلق
والارتباك بدلاً من المجاملة والإحجام

وفي تاريخها الشخصي أسرة من طبقة متوسطة
التي تحب الظهور بمظهر غني وأسرتها عددها كثير وأمها
عصبية المزاج كثيرة الانتقاد وهي تظن بالفعل عيبها في أن
تربيتها كانت قاسية شديدة وأن حياتها مرسومة بدقة متناهية
وعدد الممنوعات لا يعد ولا يحصى وكانت تلقى عقاباً
شديداً على خطئها لأبسط تصرفات طفولية بريئة وعلى
الرغم من حبها لأبيها فهي تعتقد أنه قد اشترك مع الأم في
هذه الطريقة الخاطئة في تربيتها وهي البنت الكبرى ولها أخ
يكبرها بسنة واحدة وكان يتساهل معه أثناء تطوره في كثير
من الأمور ومنها الخروج والأصدقاء وقد درست في
إحدى المدارس الراقية وكانت زميلاتها أحسن منها من الناحية
المادية والاجتماعية مما جعلها تحس بأنها أقل من غيرها

وهي منعزلة في بيتها ومع زوجها، ويراودها بعض الأحلام المزعجة المبهمة وغير ذلك. وفي اليوم التالي ستعرف كيف أنها تفكر بمثل هذه الأمور في أحلامها.

ومن الناحية الجسمية لا تشكو من أية أمراض، ومظهرها جميل وجذاب، وتضع جهازاً لتقويم الأسنان بسبب بروز بسيط، وهي تعتقد أنه لا يسبب لها أية مشكلة، وقد ساعدها كثيراً في تحسين بروز أسنانها.

ومن الناحية النفسية فهي تشكو من أعراض القلق والخوف الاجتماعي في كثير من المواقف الاجتماعية، إضافة إلى عدد من صفات الشخصية القلقة الاجتنابية الهروبية، وأيضاً لديها ضعف في القدرة على التعبير الانفعالي (Emotional Expression)، وبروز مشاعر الغضب والخجل وكثير القيود في حياتها. مما يجعلها ستطرح على نفسها ويزيد في قلقها وخوفها من نفسها والآخرين، ورغبتها في التغيير قوية وظروفها الشخصية الحالية ستدفعها نحو تحقيق شخصيتها ومواجهة الخوف الذي يعتريها.

□ ملاحظات

مما سبق من الحالات تتبين عدة نقاط يجدر الإشارة إليها.

- يمكن التعرف من خلال هذه الحالات على مجموعة من الأعراض المرضية المرتبطة بالخوف الاجتماعي ومختلف

هذه الأعراض من حالة لأخرى كما تختلف شدتها وموقف المريض منها ودرجة إزعاجها وتحمله لها . ولكن تشترك هذه الحالات بعدد من الأعراض الأساسية .

٢ ـ هناك عدد من الأمور الهامة في التشخيص النفسي لهذه الحالات وقد تمت الإشارة إليها باختصار أحياناً . ويشترك كثير من الناس في مثل هذه الأمور أو الأحداث دون أن يكون لديهم حالة المرض الاكتئابي . والاستنتاج السريع لنظريات النفس واستخلاص الوصايا والدروس المستفادة من أمور مثل هذه الحالات قد لا يكون صحيحاً أو مناسباً ذلك أن الحياة البشرية غنية متنوعة وتطور الحالة النفسية لدى شخص ما تحكمه متغيرات وعوامل كثيرة . (أنظر الفصل التاسع حول الأسباب).

٣ ـ عرضت الحالات بطريقة موجزة ومكثفة . وهذا العرض ليس تحليلاً نفسياً أو سلوكياً مفصلاً والتحليل المفصل يحتاج إلى صفحات كثيرة . والهدف الأساسي من عرض هذه الحالات إعطاء فكرة عملية عن الحالات النفسية المرتبطة بموضوع الاكتئاب . إضافة إلى تقديم بعض المعلومات الطبية والمصطلحات المفيدة لكل من يهتم بالأمراض من علم الطب النفسي .

٤ ـ في نهاية كل حالة بعض التعليقات الطبية النفسية حول التشخيص والتصنيف وبعض العوامل النفسية المستخلصة من الحالة . ولا تهدف هذه التعليقات إلى إعطاء صورة

دقيقة وشاملة للحالة المرضية فإن ذلك يتطلب عرضاً أوسع للمعلومات الأساسية عن كل حالة

والفائدة المرجوة هي إعطاء فكرة موجزة عن التشخيص ضمن عدة محاور وليس التشخيص المختصر بكلمة واحدة فقط وهذا ما يعطي فوائد علاجية حيث يتم البرنامج العلاجي وفقاً لسبر من النقاط وجهة شخصية المريض والعوامل النفسية الخاصة به حيث تتجه أساليب التشخيص الحديثة إلى تقييم حالة المريض ضمن عدة محاور مختلفة مثل التشخيص الأساسي، والتشخيص الإضافي المشارك، وحالة الشخصية وبعضُ الاضطرابات والأمراض العضوية، ودرجة الأداء العصبي والاجتماعي، إضافة إلى درجة الضغوط النفسية الاجتماعية [مرجع رقم ٩٦]

وهناك محاور أخرى إضافية مثل العوامل النفسية الديناميكية ودرجة الذكاء وغير ذلك مما يهدف إلى إعطاء معلومات متكاملة عن الحالة المرضية في الدراسات النفسية

• • •

الفصل الثالث

التشخيص

لقد مر تاريخ تشخيص الاضطرابات النفسية بمراحل ومصطلحات عديدة خلال تاريخ الطب والتاريخ الإنساني. وعلم الطب النفسي يختلف عن فروع الطب الأخرى في هذا الموضوع حيث أن المصطلحات الطبية النفسية لا تزال أكثر غموضاً لدى الناس مقارنة مع مصطلحات فروع الطب الأخرى كما أن كثيراً من المصطلحات النفسية والشائعة لا تزال تشوبه على ألسنة الناس تصف عدداً من الحالات النفسية بشكل مرعب ومهين يساعد على عزلة المريض عن الآخرين ويضع المريض ضمن إطار خرافي يصعب الخروج منه والتعافي.

والتشخيص الطبي هدفه الأساسي تحديد ملامح المرض وأعراضه وما يتعلق به من أسباب ومضاعفات ووضع طرق العلاج. واستعمال التشخيص الطبي يساعد على سهولة التفاهم بين المشتغلين في العلوم الطبية لتبادل المعلومات ونشر الأبحاث المختلفة عن مختلف الحالات المرضية والإنسان

العادي يهمه معرفة سبب المرض أو الاضطراب الذي يعاني منه مما يسهل عليه معرفة طرق الوقاية والعلاج وإبعاد المرض وتطوره في المستقبل

ويضيف إلى قدرته على السيطرة على نفسه وعلى تقويمه لأعراضه المرضية بدلا من أن يكون جاهلا بما يجري في جسمه من آلام وأعراض مزعجة ولا يدرك أو يفهم ما الذي يحدث له

وإن تطور الطب النفسي قد رافقه تغيير عدد من التسميات والمصطلحات الطبية وتكوين مصطلحات جديدة ويعكس ذلك حيوية هذا المجال الطبي والبحث المستمر نحو الأفضل بما يتناسب مع التطور العلمي وحقيقة تعريف نفسه ولكن لا يزال كثير من المصطلحات الطبية النفسية غامضة وصعبة الفهم والحفظ ويحتاج هذه المصطلحات إلى جهد خاص لاستيعابها وتداولها ويعتبر البعض ذلك أمر طبيعي يرتبط ببقية العلوم الأخرى التي لها مصطلحاتها الخاصة والبعض الآخر يرفض كثيرا من هذه المصطلحات ويفضل أن يستخدم بدلا منها بسيطة غير معقدة ومبالغ فيه وفي الحقيقة أنه لا غنى عن التسميات والمصطلحات ولكن تقريبها وتبسيطها أمر مطلوب مما يساعد على انتشار الثقافة الطبية وتزيل كثيرا من الغموض والرهبة المرتبطة بالطب النفسي والاضطرابات النفسية

ويتم تصنيف الاضطرابات النفسية وفق القواعد محددة

وبالتالي تبرز مشكلات عديدة ويظهر كثير من الاختلاف بين مختلف المدارس والمذاهب الطبية. فمثلاً أن تعريف الاضطراب والأعراض وتحديدها وتسميتها وتمييزها عن الحالات الطبيعية يعتبر من المشكلات الكبيرة التي تواجه الطب النفسي ومع أن جهوداً كبيرة قد بذلت ولا تزال تبذل للاتفاق حول مضمون اضطراب نفسي معين بين مختلف المدارس والمجتمعات فإنه لا يزال هناك العديد من المشكلات التطبيقية والنظرية

ونظرة سريعة إلى الوضع الحالي تشير إلى أنه قد حصل تقدم ملحوظ خلال السنوات الأخيرة منذ صدور دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكية الثالث عام ١٩٨٠ حيث صدر دليل موسع لتشخيص كل اضطراب نفسي على حدة يعتمد بشكل أساسي على النظر إلى الاضطراب النفسي المحدد بأنه تناذر أو متلازمة (Syndrome) من الأعراض المرضية تجتمع معا وتشكل الاضطراب. وهناك تحديد لعدد هذه الأعراض ومدتها وعددها الأدنى الذي يجب توفره في المريض كي نطلق عليه تشخيصا محددا

وقد تم تطبيق هذه الطرق في التشخيص بشكل تجريبي على أعداد كبيرة من المرضى قبل اعتمادها وحدثت تعديلات وتنقيحات متعددة إلى أن ظهر الدليل في شكله النهائي. وقد كان له تأثير في العديد من دول العالم وكان يماثل دليل تشخيص الاضطرابات النفسية العالمي الذي تصدره منظمة

الصحة العالمية. وقد تم تعديله في عام ١٩٨٧ وفقاً لنتائج العديد من الأبحاث المختلفة وظهر في طبعته المعدلة [مرجع رقم ١٦]

وتم خلال العديد من الحوار والمؤتمرات والأبحاث حدث تقارب واضح بين الدليل الأمريكي والدليل العالمي في طبعته الأخيرة والتي ستصدر في عام ١٩٩٣. وقد تغيرت عدة مصطلحات وتغير تشخيص بعض الاضطرابات وتحدد بعضها الآخر بشكل أكثر وضوحاً كما ألغيت بعض الاضطرابات الأخرى.

ومما لا شك فيه أن هذا التطور مفيد ولكنه لا يزال الباب مفتوحاً لمزيد من التعديل والآن نحن نعرف تشخيص الاضطرابات النفسية ونصنف كل اضطراب على حدة وما يرافقه.

وقد تعودنا في تشخيص كثير من الأمراض الجسمية الطبية على ما يسمى بالتشخيص السببي (Etiological Diagnosis) أي من خلال معرفة سبب المؤدي إلى المرض مثل الالتهاب الرئوي الجرثومي والالتهاب الكلوي الفيروسي وغير ذلك حيث إن السبب معروف وهو العامل الجرثومي أو الفيروسي الذي يصيب منطقة معينة من الجسم ويحدث فيها الاضطراب. وقد توصل الطب إلى معرفة الكثير من العوامل المسببة للأمراض الجسمية ولا يزال الغموض يكتنف بعضها الآخر.

وأما في مجال الطب النفسي فإن الصورة تختلف كثير

حيث لا تزال غالبية الاضطرابات النفسية غير محددة الأسباب بتحديد دقيق وهناك عدد من الفرضيات والنظريات حول الأسباب وبعض النظريات النفسية لا تجد تأييدا تجريبيا قويا وبعضها الآخر أكثر إقناعا ووثاقة ودليلا علميا

والنظرة المتوازنة لتفسير الاضطرابات النفسية تعتمد على عدة عوامل يطلق عليها اسم العوامل العضوية - النفسية - الاجتماعية حيث ينظر للاضطراب النفسي من عدة زوايا مختلفة كالعوامل الوراثية والكيميائية والفسيولوجية والعصبية إضافة إلى العوامل النفسية الداخلية والتعلم من العوامل الاجتماعية والثقافية وطرق التربية والظروف المحيطة بالإنسان

وهذه النظرة الشاملة المتكاملة قد أثبتت صلاحيتها بشكل عام من خلال فرضياتها عن نشوء الاضطراب النفسي والأساليب العلاجية المتعددة المتنوعة فالعلاج النفسي ليس هو ما يأخذه الإنسان من النصيحة من شخص كما أنه ليس كلاما حرا يسمعه المريض من الطبيب أو شخص وبالطبع فإن كل اضطراب نفسي يختلف عن غيره من حيث استجابته لنوع واحد من أنواع العلاج وتلعب الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية دورا هاما في توجيه العلاج المتوفر والعلاج الصحيح المتكامل قد لا يكون متوفرا بشكل صحيح نظرا للعوامل المحيطة المرتبطة به

وأما بالنسبة لمصطلح الرهاب الاجتماعي فقد برز كتشخيص مستقل عام ١٩٨٠ في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكي وقبل ذلك كان يعتبر جزءا من القلق العام

أو حالات الخوف أو اضطرابات الشخصية دون تحديد واضح وقبل ذلك كانت تصنيفات السلوكية دون ... في إلقاء الضوء على هذا الاضطراب حيث يسمى بحساب القلق الاجتماعي وتمت دراسته من عدة جوانب. وبعد ذلك تزايد الاهتمام به من قبل الأطباء، وجرت كثير من الدراسات حول صفات الشخصية والظروف الأسرية والاستجابة لعدد من الأدوية وغير ذلك. ولكن إن هذا الاهتمام الذي لاقته اضطرابات القلق الأخرى ومنها حالات الهلع بحالة وتخوفه من الخروج من المنزل أو الخوف من الأماكن (Agoraphobia) فرصة يمكن القول بأن الخوف الاجتماعي كاضطراب نفسي لم يأخذ القدر الكافي من الاهتمام والدراسات. ويشير إلى ذلك أحد المقالات العلمية الهامة وعنوانه "الخوف الاجتماعي: أحد اضطرابات القلق المهملة؟" [مرجع رقم ٢٦]

ويعتبر هذا الاضطراب حديث الدراسة العلمية المدققة من مختلف الجوانب العضوية والنفسية والاجتماعية، ولا يزال الباب مفتوحاً لإلقاء المزيد من الضوء على جوانب هذا الاضطراب المختلفة. وأول المشكلات التي يجب أن نأخذ منها كالعادة من الغموض والاتفاق في عناصر التشخيص. ويتطلب تشخيص وفقاً لدليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكي توفر الأمور التالية:

١- حالة الخوف المستمرة من واحد من المواقف الاجتماعية أو أكثر حيث يتعرض الإنسان إلى احتمال ملاحظة من

قبل الآخرين، ويخاف من أن يعمل عملاً ما أو يتصرف بطريقة خاصة تؤدي إلى إهانته والتقليل من شأنه أو إلى الارتباك. وأمثلة ذلك أن لا يستطيع الاستمرار في الكلام أثناء الحديث أمام الناس، وأن يشعر بالضياع أثناء تناوله الطعام أمام الآخرين، وأن لا يستطيع الشرب في الأماكن العامة، وأن ترتجف يده عند الكتابة أمام الآخرين، وأن يخشى من أن يقوم بأمور محرجة، أو أن لا يستطيع الإجابة على الأسئلة في المواقف الاجتماعية.

٢ – في حال وجود اضطراب عضوي آخر أو اضطراب عقلي فإن الخوف غير مرتبط بذلك، وعلى سبيل المثال فإن الخوف ليس من حدوث نوبة الهلع أو الفزع الحاد كما في اضطراب الفزع المسمى بحالة الفزع الحاد أو الهلع وأيضاً ليس الخوف من التلعثم كما في اضطرابات النطق والتأتأة (Stuttering) وأيضاً ليس الخوف من الرعشة كما في مرض باركنسون (الشلل الرعاش) أو الخوف من ظهور سلوك غير طبيعي مرتبط بالطعام والأكل كما في القهم العصبي (أو العصابي) (Anorexia) والنهم العصبي (شدة النهم للأكل) (Bulimia) (وهذان الأخيران من اضطرابات الطعام النفسية المستقلة بذاتها).

٣ – خلال بعض فترات هذا الاضطراب يحدث عند التعرض للموقف المثير للخوف (أو المواقف) رد فعل فوري يتميز بالقلق

٤ – يحدث تجنب للموقف المخيف (أو المواقف) أو أن الموقف يحتمل ولكن بقلق وتوتر شديدين.

٥ – إن تجنب المواقف والسلوك الهروبي يتدخل في أداء الإنسان المهني أو في نشاطاته الاجتماعية المعتادة أو في علاقاته مع الآخرين. أو أن هناك انزعاج شديد لدى الإنسان لأن لديه هذا الخوف.

٦ – يدرك الإنسان أن خوفه مفرط في درجته أو أنه غير منطقي.

٧ – إذا كان الإنسان تحت عمر الثامنة عشرة فإن الاضطراب الذي لديه لا ينطبق عليه تشخيص الاضطراب الهروبي عند الأطفال والمراهقين.

وأخيراً يجب تحديد ما إذا كان الاضطراب متعمماً، حيث يكون الخوف من معظم المواقف الاجتماعية. وعندها نضع في عين الاعتبار تشخيص إضافي وهو الشخصية الهروبية (مرجع رقم ٢٦).

وكما هو واضح من النقاط السابقة فإن تشخيص الخوف الاجتماعي يمكن أن يكون من خلال موقف اجتماعي واحد أو عدة مواقف يواجهها الإنسان.

وبالطبع فإن كثيراً من الناس يخافون من أن يتكلموا أمام جمهور كبير وهذا شعور طبيعي ولا يصل إلى درجة الاضطراب إلا إذا كان ذلك الخوف والهروب من الموقف يسبب للإنسان

قلقاً شديداً أو يؤثر على حياته المهنية أو على علاقاته
الاجتماعية. وعادة فإن الإنسان العادي يضطرب ويخاف من
المواقف الاجتماعية ولكنه يتعود على الأداء في هذه المواقف
بعد عدة مرات ويقل قلقه وخوفه يختفي مع تكرار مواجهته للموقف

ومثال ذلك الخطيب أو الممثل الذي يرتبط حياته المهنية
وعمله بالتحدث أمام الناس فإذا كان يخاف من هذا الموقف
بشكل مستمر ويحاول أن يتجنبه أو أنه قلق ومتضايق بسبب هذا
الخوف الذي ينتابه ويشعر أنه مفرط أو غير منطقي فإن تشخيص
الاضطراب عنده يكون مؤكداً. وبعض الناس قد لا يعبر مباشرة
على أن خوفه مفرط في درجته وأن هذا الخوف غير منطقي
أساساً ويشكو من أعراضه ولا يدري سبباً لهذا الخوف ولكن
بعد مزيد من الحوار يمكنه أن يدرك أن خوفه مفرط أو غير
منطقي. والبعض الآخر يمكن أن يعتبر أن خوفه منطقي وغير
يخاف أثناء الحديث أن يخطئ وأن ذلك قد يحدث عند
الحديث أمام الناس وفيهم أشخاص مهمين وأعلى منه. ولكنه
يدرك أن خوفه مفرط في درجته. والبعض الآخر يعتبر أن خوفه
غير منطقي كأن يرتبك أو يخاف من الحديث أمام مجموعة من
الطلبة صغار السن أو الأطفال مع أنه عالم عاقل وكبير في السن

وأما بالنسبة لنقطة الثالثة فهي عدم ارتباط الخوف
بأعراض اضطراب نفسي آخر أو عضوي. وهذا الخوف يطلق
عليه اسم الخوف الاجتماعي الثانوي أو التالي لاضطراب آخر
وقد أضيفت هذه النقطة في دليل التشخيص الأمريكي عام

١٩٨٧ ولم يكن موجوداً في أي عام ١٩٨٠ والغاية من ذلك تحديد مجموعة من المرضى يشتركون معاً وتصبح من الصعب وأيضاً وتصبح التشخيص الذي يؤتى من خلال التشخيص على مجموعة من الحالات أكثر تجانساً (Homogeneous group) وقد ما يفيد في الأبحاث وفي تحديد مجموعة ومن الناحية العملية فإن هذا التعريف ضروري حتى في كثير من الحالات لاختلاف

أنواع العلاج

وهناك عدد من الملاحظات حول تعريف التشخيص السابقة، ومنها صعوبة التفريق بين المخاوف الطبيعي والمخاوف المرضي، وكما ذكر سابقاً فإن المخاوف المرضي يتميز بأنه خوف مستمر ويرافقه قلق شديد وتجنب للمواقف إضافة إلى التأثير السلبي على الحياة المهنية والعلاقات الاجتماعية، وهذا التعريف قد لا يكون من السهل في عدد من الحالات.

والمشكلة تكمن في تحديد حالات شديدة وسببها بالاضطراب وهناك حالات خفيفة أو المتوسطة الشدة، وهذا ما يسمى الإقلال من التشخيص أو نقص استخدام التشخيص (Underdiagnosis) والمشكلة الثانية في إطلاق التشخيص بسهولة، وفي حالات قد يكون الخوف فيها مؤقت وغير مستمر لفترة كافية وهذا ما يسمى الإفراط في استخدام التشخيص (Overdiagnosis).

والحقيقة أن تحديد الخوف المستمر أو درجة التأثير السلبي على الحياة المهنية ليس أمراً سهلاً ومن الصعب

الممكن تقسيم حالات الخوف الاجتماعي إلى عدد من الدرجات مثل أن نقول اضطراب خفيف أو متوسط أو شديد وهذا التقسيم موجود بالنسبة للخوف من الخروج إلى السوق [مرجع رقم ١٦] ويحتاج هذا الأمر إلى مزيد من الدراسات والمناقشات في الدوائر العلمية.

والموضوع الآخر هو الخوف الاجتماعي المتعمم حيث يخاف الإنسان من عدد من المواقف الاجتماعية وهنا يصعب أولا هذا التحديد فما هو هذا العدد ثلاثة مواقف أو أربعة أو أكثر حتى نقول أنه متعمم وربما علاقة هذا الشخص في حال كونه متعمما باضطراب في الشخصية يسمى الشخصية القلقة الاجتنابية (Anxious Avoidant Personality) والحقيقة أن بعض الباحثين يعتبر أن الخوف الاجتماعي وهو أحد أنواع اضطرابات القلق يجب أن يكون محددا بموقف اجتماعي محدد وإذا كان متعمما فهو يمثل اضطرابا من اضطرابات القلق والخوف بل هو اضطراب في الشخصية. ولا يوجد دليل واضح على هذه النظرية إضافة إلى صعوبتها الناتجة عن المشكلة.

وعموما فإن اضطرابات القلق لها بداية محددة في تاريخ الإنسان وحالة الخوف الاجتماعي تبدأ عادة في سن المراهقة أو بعد ذلك بقليل أي من ١٥ – ١٧ سنة (معظم الحالات تبدأ بعد ذلك) وأما اضطرابات الشخصية فهي تبدأ عادة في بداية مرحلة الشباب حيث تتحدد ملامح الشخصية المضطربة حتى في سن الثامنة عشرة. والشخصية الاجتنابية لها عدد من

الصفات والملامح مثل صفة الهروب من إقامة علاقة اجتماعية ما وتجنب ذلك إذ لم يكن هناك ضمانات بتقبل الشخص بشكل كامل دون انتقاد وأيضاً الكبح الشديد وعدم المغامرة وتضخيم المخاطر في مختلف أمور الحياة وغير ذلك.

(أنظر الفصل الخامس حول الشخصية الاجتنابية القلقة).

وهكذا يمكن في عدد من الحالات التفريق بين اضطراب الخوف الاجتماعي المعمم وبين الشخصية الاجتنابية الهروبية وفي بعض الحالات يجتمع كلاهما. ولكن في بعض الحالات الأخرى، فإن صفات الشخصية الهروبية لا تكون كثيرة وواضحة أو تكون هناك بعض صفات لأنواع أخرى من اضطرابات الشخصية.

ويعتقد بعض الأطباء أن التفريق بين الخوف الاجتماعي المعمم والشخصية الاجتنابية الهروبية ليس له أهمية عملية كبيرة حيث أن كلاهما يحتاج إلى التدريب واكتساب المهارات الاجتماعية وحياة علاج دوائي وغير ذلك. وأهمية التفريق بينهما لها أهمية نظرية معقدة. ويعتقد المتخصصون من مدرسة التحليل النفسي أن محاولات التفريق هذه غير مفيدة حيث أن الخجل أو المخاوف وغيرها من الاضطرابات النفسية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتطور الشخصية وتكوينها ولا يمكن علاج الخوف وحده بمعزل عن تحليل الشخصية نفسها.

وأما تشخيص الخوف الاجتماعي في قبيل شخصي

الاضطرابات العصبية الدولي الأخير [مرجع رقم ٣٣] فهو مشابه في مضمونه العام لدليل تشخيص الاضطرابات العصبية الأمريكي ولكنه أكثر غموضاً في تحديده للعناصر الأساسية للاضطراب رابعاً بالنسبة لحالات الخوف الاجتماعي الثانوي لاضطراب عضوي. وفيما بالنسبة لعلاقة هذا الاضطراب باضطرابات الشخصية حسب تعبير الدليل فهناك وصفاً من صفات الشخصية أنها تؤدي على الأعراض الأخرى لاضطراب الخوف الاجتماعي وهي الخوف من النقد وتقدير الذات المنخفض. ومن النقاط الإيجابية في الدليل المذكور أنه يوضح أن بعض المرضى يشعرون خوف من أعراض القلق التي تنتابهم كالرعشة أو احمرار الوجه إنها هي المشكلة الأساسية وليس الخوف من التعرض الاجتماعي.

ولقد قدم عدد من الباحثين بإصدار استبيانات (Questionnaires) ومقاييس خاصة لتقدير حالة الخوف الاجتماعي. مثل استبيان الخوف (١٩٨٧) (ماركس – ماثيو) [مرجع رقم ٣٦] وهو يضم خمسة مواقف اجتماعية ويطلب من الشخص أن يحدد درجة تجنبه لهذه المواقف. وبه عدد كبير من المواقف المتعلقة باضطرابات الخوف الأخرى.

ويعد مقياس الخوف وتجنب المواقف الاجتماعية {١٩٦٩، (واطسن – فريند) [مرجع رقم ٢٦] وهو يضم ثمان وعشرين عبارة ويطلب من الشخص أن يضع إشارة صح أو خطأ على العبارة التي تنطبق عليه

ويعد مقياس الخوف الاجتماعي (١٩٨٧) (ميولس) [مرجع رقم ٣٢] وهو يضم أربعة وعشرين موقفا ويقوم الفاحص بتسجيل إجابات الشخص المفحوص وفقا لسلسلة درجة القلق عند مواجهة الموقف ويعد بتسجيل درجة تجنب الموقف

[ينظر إلى الملحق رقم (١) وهي بنود تشمل للمواقف المتعلقة بالخوف الاجتماعي ويضم ٣٢ موقفا يطلب من الإجابة عليه شخص المفحوص والفاحص أعده المؤلف يتناسب مع البيئة العربية الإسلامية وهو يعتمد على عدد من المقاييس والاستبيانات مثل مقياس الخوف الاجتماعي (ليبولتز) واستبيان المواقف الاجتماعية [مرجع رقم ٣٣]، واستبيان الخوف (ماركس – ماثيو)]

ويستعمل هذه المقاييس لإعطاء درجة خاصة للاضطراب عند الشخص المريض ويمكن عند إجراء الدراسات العلاجية وغيرها وملاحظة مدى التحسن في درجات الخوف

ويمكن استعمالها أيضا في التشخيص وفي إعداد المخطط العلاجي بالتعاون مع المريض ولم يتم تقنين مقياس على عينة وفي بعض الأبحاث يستعمل الباحث عدة مقاييس معا

وكما هو واضح مما سبق فقد حصل تقدم واضح في تشخيص الاضطرابات النفسية وتشخيص الخوف الاجتماعي وبقي بعض المشكلات التي تحتاج إلى حلول معينة [مرجع

رقم ٢٦]. وفي العالم الثالث تظهر مشكلات إضافية مرتبطة بموضوع التشخيص حيث تبرز أهمية الاختلافات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية عن الدول الأخرى. وتبرز تجربة الصين في التعامل مع الاضطرابات النفسية أهمية هذه الاختلافات وضرورة الاهتمام بها ودراستها والتعرف على نقاط الاختلاف بين مظاهر الاضطراب النفسي في مجتمع معين مقارنة بالمجتمعات الأخرى. وهناك عدد من المحاولات المفيدة [مرجع رقم ١٧]. ولا يزال الباب مفتوحا أمام المزيد من الدراسات والمساهمات في هذا المجال.



الفصل الرابع

الخجل والاضطرابات المتعلقة به عند الأطفال

إن النمو الطبيعي للطفل يتميز بسرعة ملحوظة في المراحل وعند المراحل التي يصادفها المسيرة من حيث تطور القدرات الجسمية والعقلية والسلوكية

ويمر الطفل بمرحلة الخوف من الأشخاص الغرباء منذ الشهر السادس وحتى سنتين ونصف من العمر وهذه مرحلة طبيعية كما ذكر سابقاً وبعض الأطفال يظهر نوعاً من الخجل والاعتماد على الأهل عند تعامله مع الأقرباء أو الأصدقاء أو الأشخاص الغرباء ويعد الخجل هو حالة طبيعية في كثير من الأحيان ولا سيما في حياة الطفولة الأولى ويساعد المجتمع على ذلك حيث أنه يتوقع من الإناث أن يكن أكثر خجلاً وتحفظاً من الذكور كما يتوقع من الذكور أن يكونوا أكثر انطلاقاً وجرأة واعتماداً على النفس وأكثر عدوانية أيضاً

وعندما يكون التجنب على درجة شديدة ومستمراً لستة أشهر على الأقل يمكن عندها أن نسميه اضطراباً عصابياً. ويسمى عند الأطفال بالاضطراب الاجتنابي (الهروبي) (Avoidant disorder وهو أحد أنواع اضطرابات القلق عند الأطفال. وهي اضطراب قلق الانفصال (Separation Anxiety) واضطراب القلق المفرط (Over anxious disorder).

واضطرابات القلق عند الأطفال قد تستمر إلى مرحلة الشباب وعندها تتغير بعض التسميات والمصطلحات. وبعضها الآخر يتحول إلى اضطرابات عصابية أخرى. وفي الحالات الأخرى تختفي هذه الاضطرابات وتزول مع تحسن الطفل وتعلمه أساليب تكيف ناجحة ولا سيما في الحالات التي يعطى فيها الطفل اهتماماً أكبر ورعاية خاصة لمساعدته على تجاوز حالته وفي حال توفر الظروف الملائمة لتطوره الطبيعي وهذا ما يهدف إليه العلاج النفسي للأطفال.

وينتشر الاضطراب الاجتنابي (الهروبي) عند الإناث أكثر من الذكور ولكنه يظهر عند الذكور بشكل مبكر. وتلعب العوامل التكوينية الوراثية دوراً في هذا الاضطراب. كما أن الحرمان من أحد الأبوين أو كليهما له دور في ذلك. إضافة إلى الإيذاء الجسدي أو الجنسي (physical or sexual abuse) الذي قد يتعرض له الطفل. ويعتبر الأهل مسيطرون وأنانيون وبعضهم الآخر يشكو من التسلط والخجل. وفي عديد من الحالات

يتعرض الطفل للانتقاد والتصحيح في جو الأسرة وأمام الضيوف والغرباء.

وينتشر هذا الاضطراب أكثر بين الأطفال الذين لديهم أمراض جسمية مزمنة كالحمى الرثوية (الحمى الروماتيزمية) (Rheumatic Fever) والتشوهات العصبية المختلفة وغير ذلك من الإعاقات الجسمية مما يؤدي إلى صعوبة تكيف هؤلاء الأطفال مع أقرانهم الأطفال ومشاركتهم في اللعب والنشاطات الرياضية المختلفة، ويجعل علاقاتهم الاجتماعية ناقصة وغير كافية.

وينتشر أيضا بين الأطفال المعزولين عن أقرانهم أو الذين يتنقل أهلهم كثيرا في عدة مدن أو بيئات مختلفة حيث يفتقد الأطفال إلى إقامة علاقات مستمرة ويعانون من تعلم الكثير من المهارات الاجتماعية المختلفة [مرجع رقم ١٦ – ٤٤]

وتعتبر اضطرابات تطور اللغة والنطق (Language and speech disorders) من مسببات هذا الاضطراب، وهذه الاضطرابات تشمل اضطرابات نطق بعض الأحرف وإبدالها (الإسقاط والتبديل) (Omission and substitution)، وضعف القدرة على التعبير اللغوي الصحيح حيث يستعمل الطفل جملًا مبسطة وجملًا قصيرة إضافة إلى صعوبة تعلم كلمات جديدة، وهذه الاضطرابات اللغوية تكون عادة مرحلية (Developmental) ومرتبطة بالنمو وهي تختفي تلقائيًا ويزيد التدريب من إمكانية التحسن.

ويغطي - أيضاً الاضطراب الاجتنابي الهروبي وجود أحد أنواع اضطرابات النفس عند الأم [مرجع رقم ١٦]

وقد تكون الأسباب أكثر غموضاً وتعقيداً ونصعب تحديد عوامل معينة تؤثر في نشوء هذا الاضطراب

(انظر إلى الفصل السابع حول أسباب الخوف الاجتماعي)

والملامح الأساسية لهذا الاضطراب هي الابتعاد عن إقامة علاقات جديدة مما يؤدي إلى تأثر حياة الطفل في علاقاته الاجتماعية وتستمر علاقة الطفل مع أهله بشكل طبيعي ولكن يغيب عنه السلوك الاجتماعي والنشاطات الجماعية الكثيرة وهو يهرب من الألعاب الجماعية الرياضية وغيرها وفي المناسبات والمواقف الاجتماعية يحاول الطفل الاختباء أو يتكلم بصوت منخفض ويهمس همساً في أحيان أخرى وتظهر عنده أعراض الارتباك واحمرار الوجه والتلعثم بينما يكون هادئاً ومنسجماً مع أهله ولا يوجد لديه أي اضطراب في الذكاء عادة

وإذا أجبر على المشاركة في المواقف الاجتماعية يصبح متوتراً وربما يبكي ويصرخ ويرفض المشاركة ويصر على الاقتراب من الأهل والالتصاق بهم

ويؤدي هذا الاضطراب إلى مشاعر الحرج للطفل الاجتماعية وظهوره كشخصية مكتئبة مكبوتة (Inbitited) متحفظة ومنطوية مما يجعله يخسر كثيراً من الأصدقاء ويضيع

عليه فرص اللعب والمرح والانطلاق وتكوين صداقات جديدة رياضية أو ثقافية.

وأثناء الفحص الطبي لهذه الحالات نجد أن الطفل يصعب عليه أن يترك أبيه أو أمه ويجلس في غرفة الفحص منكمشا ولا يقترب من الألعاب وأوراق الرسم وعند تجربته يمكنه أن يتعامل مع الفاحص وتكون كثير من استجاباته في أمور الطعام وأدوات المطبخ إضافة إلى شئون الأسرة والأطفال الرضع وتظهر بعض الاستجابات المبهمة والتحطيم والرسومات غير الواضحة وهو يفضل استعمال عدد قليل من الألوان في الرسم والأشكال التي يرسمها صغيرة وفي جانب صغير من الورقة وعندما يرسم بيت لا يضع له نوافذ أو أبواب.

والاضطراب الاكتئابي العصبي عند الأطفال يترافق عادة مع أعراض القلق العام والتوتر والمخاوف المرضية. وتتكون شخصية الطفل من ضعف الثقة بالنفس وعدم القدرة على تحقيق شخصية والدمج من القلق [مرجع رقم ٤٤]

وبعض هذه الحالات تستمر لفترات طويلة وبعضها الآخر يتحسن. وعندما يكون هذا الاضطراب شديدا ومتصلا ومستمرا يمكن أن تظهر عليه سمات اضطراب الشخصية الاكتئابية الهروبية عند البعض وبشكل عام فإن الاضطراب سيأخذ شكلا مرضيا وشديدا. وهناك كثير من الحالات التي تتحسن تلقائيا كما ذكر سابقا وهذا يعتمد على عدد من الاستراتيجيات المتبعة في مرحلة الطفولة وفي إطلاق التسميات الخاصة على اضطرابات الأطفال

العصبية واختلافها عن اضطرابات الكبار هذا النمط الأساسي، وهو إمكانية تحسن الحالة وزوالها مع تقدم الطفل في المراحل النمائية الأولى ومع ازدياد قدراته وربما تغير ظروفه الأسرية والعائلية. ويلعب التطور النفسي النمائي والعقلي دوراً هاماً في تحسن الحالات العصبية عند الأطفال وبعكس ما يستدعي تعريفها ودراستها المستقلة وإعطاء الصفات الخاصة بها.

وأما بالنسبة للعلاقة بين الاضطراب الاجتنابي الهروبي عند الأطفال والخوف الاجتماعي المعمم عند الكبار والشخصية الاجتنابية الهروبية عند الكبار فهي لا تزال غامضة وهي ليست علاقة سببية متبادلة. وقد تتطور بعض الحالات إلى الخوف الاجتماعي المعمم أو إلى الشخصية الهروبية وبعضها الآخر لا تحدث لديه هذه الاضطرابات.

ويفضل عادة من الناحية العملية أن لا يعطى تشخيص الخوف الاجتماعي أو الشخصية الاجتنابية الهروبية في حالات الأطفال إلا إذا كانت أعراض هذه الاضطرابات واضحة وشديدة وهذا ما يحدث في عدد من الحالات. وذلك لاعتبارات ظرفية حول نشوء الاضطرابات النفسية إضافة للاضطراب العصبي وهي بشكل أساسي إمكانية التحسن والتطور الإيجابي التلقائي. وأما من الناحية العلاجية فإن تشجيع الطفل المستمر على الأداء في المواقف الاجتماعية له دور أساسي وذلك عن طريق المكافآت وغيرها. كما أن زيادة الزيارات وتوفير الفرص للاجتماعية الجماعية، اللعب، الصداقات وتشجيع وإلى تنمية المهارات الاجتماعية

والرياضية والإبداعية يساعد الطفل على زيادة ثقته في نفسه ويسهل انخراطه في المواقف الاجتماعية الحديثة مع الأطفال الآخرين. وكثير ما يفيد العمل المشترك في نادي خاص أو [illegible] المدرسة.

ومن الأمور المهمة والتي لا تقل عن الاهتمام الكافي هي تغيير سلوك الأبوين تجاه الطفل من حيث إطلاق الصفات السلبية عليه وعدم إشراكه في بعض المناسبات بحجة أنه خجول ولا يتفاعل. بل يجب الأخذ بيده وبالتدريج لزيادة من مشاركته وتفاعله. ويحتاج الأبوين إلى الصبر وبعض الجهد والمعلومات إضافة لهدوء الأعصاب مما يساعدهم على استمرارهم في خطة التشجيع المستمر وتفهم خوف الطفل وقلقه والحوار معه وتفهم احتياجاته ورغباته والعمل على تحقيقها. ومن الملاحظات المفيدة الجيدة إعطاء مهمة بسيطة إضافية للطفل يومياً وفيها مزيد من الاهتمام بالتفاعل والتدريب على أداء بسيط مثل قول نكتة أو نشيد ومكافأته على ذلك. وتشجيعه أن يحضّر لليوم التالي شيئاً كي يجربه أمام الأهل أو أشخاص آخرين.

ويمكن للعلاج النفسي أن يكون عوناً للأهل في التدبير حالة الطفل وعطاء الإرشادات والملاحظات المفيدة ضمن برنامج علاجي منظم.

(أنظر الفصل العاشر العلاج بمعونة من المختصين)

● ● ●

الشخصية الاجتماعية العروبية الناجحة

مقدمة عامة

إن الاهتمام بشخصية الإنسان وصفاته قديم قدم التاريخ الإنساني. وهو اهتمام يحدث للإنسان لأن معرفته بالشخص الآخر تعطيه فوائد كثيرة في كيفية التعامل معه وتوقع سلوكه في عدد من المواقف الحالية أو في المستقبل. والأب أو الأم يهتم كل منهما بتقدير شخصية الطفل في صغره أو مراهقته ووصفها بعدد من الأوصاف السلبية والإيجابية وهما يحاولان التأثير عليه ليكون شخصية أفضل.

كما يهتم الإنسان في مختلف مراحل حياته في تكوين معلومات أكثر عن الأشخاص الذين يصاحبهم ويتعامل معهم وهو يرتاح لبعض الأشخاص وينزعج من البعض الآخر. كما أن كل إنسان له تقدير شخصي عن طبيعة شخصيته وصفاتها

المتنوعة وهو في بعض الأحيان يتميز أو يتحيز في أسلوب معين من تصرفاته.

ويكثر في اللغة أوصاف الشخصية وبعض هذه الأوصاف يحمل معنى أخلاقياً أو حكماً على الشخص نفسه بالمعنى السلبي أو الإيجابي. كأن نقول أن هذا الإنسان متردد أو جبان أو أنه عنيد أو حازم أو غير ذلك.

والحقيقة أن دراسة الشخصية بالأسلوب العلمي لم تبدأ إلا في بداية القرن التاسع عشر حيث ظهر عدد من النظريات لتفسير الشخصية الإنسانية ومكوناتها في حالة الانحراف وفي الحالات السوية. ولقد اهتم علم النفس بذلك وظهر عدد من اختبارات الشخصية لقياس صفاتها وأنواعها.

كما اهتم الطب النفسي منذ فترة طويلة بما يسمى بالشخصية المضادة للمجتمع (Antisocial Personality) وقد أجريت دراسات مختلفة من حيث أوصافها والعوامل المسببة لها من النواحي العضوية والتربوية والاجتماعية. حيث تبين أهمية التشوهات العصبية البسيطة مثل شذوذ الأذان وتقوس الإصبع الخامس وقصر الرقبة أو ثبات الكروموسومات وغيرها في المرحلة الجنينية، إضافة إلى تفكك الأسرة وعدم التفاهم الأسري والعنف ضد الطفل، والحرمان الأمومي وغياب أو ضعف التأديب وغير ذلك من العوامل المرتبطة بتكوين الشخصية المضادة للمجتمع.

ومن النظريات الهامة حول الشخصية تقسيمها إلى المحور

الانطوائي والمحور الانبساطي في الشخصية (يونج ١٩٢٨)
حيث يرتبط بالانطواء والانبساط (Introversion-Extraversion)
عدد من الصفات والأساليب المختلفة وهذا شيء شديد لفهم
شخصية الإنسان

وهناك مقياس الصفات (كاتل ١٩٦٨) وهو عبارة عن ١٠
سؤال والإجابة عليه بنعم أو لا وهو يحدد ١٦ صفة من صفات
الشخصية مثل السيطرة – الخضوع ،والمغامرة – الجبن ، والتفاعل
المرح – الجدية وغير ذلك

وأيضاً اختبار الشخصية (أيزنك) وهو يقيس درجة
الانطوائية والانبساطية إضافة للميول العصابية والذهانية واختبار
منسوتا المتعدد الأوجه (هاثاوي – ماكنلي ١٩٤٣) وهو يقيس
عدد من الاضطرابات مثل العصابية والهستيريا والذكورة والأنوثة
والشخصية المضادة للمجتمع وغير ذلك

وتحدث (رايش ١٩٣٠) عن تحليل الشخصية والتصحيح
الطبيعي وضرورة تعديل الشخصية وعلاجها واعتبر (الكسندر
١٩٣٤) أن الشخصية المضادة للمجتمع ناتجة عن اضطرابات
في تكوين المخ [مرجع رقم ٣٣ – ٣٤ – ٤]

كما اهتم التحليل النفسي بتكوين الشخصية ودراسة
العناصر المكونة لها واستعملت مصطلحات الأنا والأنا العليا
والهو لتقسيم الشخصية إلى عدد من الأجهزة المتصارعة مع
بعضها

وتتحدد صراعات الشخصية وأساليبها في الدفاع وحل

الصراعات في السنوات الأولى من الحياة وتستمر هذه المتفاعلات فترة طويلة ويجري تحليل هذه البنية الداخلية للإنسان من خلال تجريب المهنة الإيجابية ومن خلال العلاج النفسي وتستعمل بعض الاختبارات الإسقاطية (Projective Tests) حيث يسقط الإنسان ما بداخله من مشاعر ورغبات وأساليب وطرق في التفكير على مادة الاختبار المكونة من صور مبهمة الشكل كما في اختبار (رورشاخ) وأيضاً كتابة قصة حول عدد من الصور اختبار تفهم الموضوع) (T A T) وفي حالة الأطفال رسم شخص أو رسم منزل وشجرة وشخص ويحتاج ذلك إلى تدريب خاص لتفسير نتائج هذه الاختبارات وما تدل عليه من أمور تخص مكونات الشخصية ومشكلاتها

وأورد روتر (١٩٦٦) الاهتمام بفكرة السيطرة على النفس ومجريات الأحداث والظروف التي تتعرض لها الشخصية وقسم الأشخاص إلى أشخاص ذوي سيطرة داخلية وأشخاص ذوي سيطرة خارجية وفي الحالة الأولى يرد الأشخاص ما يجري في أنفسهم أو حولهم إلى أسباب داخلية تتعلق بهم مثل الخطأ والتقصير وغير ذلك وفي الحالة الثانية يكون المرجع هو الظروف الخارجية والقوى الخارجية ورغباتها الشريرة وأهدافها السيئة ومن ذلك الصدفة والحظ

ويمكن القول أن صفات الشخصية هي مجموعة من الأساليب المستمرة في حياة الإنسان وهذه الأساليب تشمل

طريقة إدراك الأحداث والمواقف والأمور التي تجري مع الشخص أو من حوله . وأيضاً طريقة التعامل مع الآخرين والاتصال بهم وطريقة التفكير فيما يتعلق بالشخص نفسه ومن حوله من البيئة المحيطة به . وهذه الأساليب والطرق تبرز في عدد من المواقف الاجتماعية والشخصية مما يسهل التعرف عليها.

وتجتمع في الإنسان العادي عدد من الصفات . ولا يمكن أن نسمي الشخصية بأنها مضطربة إلا إذا كانت هذه الصفات متجمدة وغير مرنة . وتؤدي إلى تعطيل الإنسان في أدائه العملي والاجتماعي أو أن هذه الصفات تؤدي إلى إزعاج الآخرين الشديد أو إزعاج الشخص نفسه وعدم رضاه عن هذه الصفات

وهذه الصفات تبرز بشكل واضح في نهاية مرحلة المراهقة وبداية سن الشباب حيث تتحدد معالم الشخصية وتستمر خلال مرحلة الشباب فترة طويلة . ويحدث نوع من التعديل في منتصف العمر والكهولة حيث تخف حدة الصفات المتطرفة . واضطرابات الشخصية منتشرة وتدل الإحصائيات على أن ٥ ـ ١٠ ٪ من الناس لديهم اضطراب في الشخصية والعلاقة بين الشخصية والاضطرابات النفسية علاقة قديمة فالاضطراب النفسي لا ينشأ بمعزل عن تكوين الإنسان وأساليبه وصفاته . وقد تبين أن بعض اضطرابات الشخصية تؤدي إلى بعض الأمراض والاضطرابات النفسية . ولكن هذه العلاقة معقدة ولا نزال فهمنا لها غير كامل

وبشكل عام فإن الأشخاص ذوي الشخصيات المضطربة يصيبهم القلق والاكتئاب في حال مواجهتهم لظروف حياتية صعبة وضغوطات نفسية. إضافة إلى أن بعضهم يتجه إلى إدمان الكحول والمخدرات الأخرى [مرجع رقم ٢٣، ٣١، ٤٠]. ويصعب التعامل مع بعضهم الآخر في حال مراجعتهم للطبيب وهم يشكلون نسبة كبيرة ممن لا يتابعون العلاج أو لا يتبعون تعليمات الطبيب أو المواعيد. وفي كثير من الأحيان تكون اضطرابات الشخصية أكثر تعقيداً وتداخلاً من الاضطرابات النفسية العصابية (أو الاضطرابات النفسية العصبية) (Neurotic disorders)

ويعتمد في تشخيص اضطراب الشخصية في الوقت المعاصر على سلوكيات الشخص والأعراض الموجودة في تاريخه الشخصي ويحتاج ذلك عادة إلى أكثر من مقابلة إضافة إلى ضرورة أخذ معلومات إضافية ممن يعرف الشخص معرفة جيدة. وبشكل عملي يتبع الفاحص أسلوب خاص أثناء المقابلة ويشكل خطوة مهمة في عملية الحصول على استجابات المفحوص وردوده عنه وسلوكياته في عدد من المواقف وهذا ما يسمى بالمقابلة نصف المنظمة (Semi Structured Interview) والتقسيم الحالي لاضطرابات الشخصية وفقاً لتصنيف الاضطرابات النفسية الأمريكية [مرجع رقم ١٦] يضم اثنا عشر اضطراباً. ويمكن تقسيمها إلى ثلاث زمر رئيسية وفق الصفات والسلوكيات العامة التي تميزها

الزمرة الأولى وتضم: الشخصية شبه الفصامية (Schizoid Personality) والشخصية ذات النمط الفصامي (Schizotypal Personality) والشخصية الزورية. وهذه الشخصيات تتميز بغرابتها والسلوك غريب الأطوار.

والزمرة الثانية وهي تضم: الشخصية المضادة للمجتمع (Anti Social Personality) والشخصية الحدودية غير الثابتة (Borderline Personality) والشخصية شبه الهستيرية (Histrionic Personality) والشخصية النرجسية (المحبة للذات) (Narcissistic Personality). وهذه الشخصيات تتميز بالانفعالية الزائدة والإثارة والسلوك المسرحي والاستعراضي.

والزمرة الثالثة وتضم: الشخصية الاجتنابية (تجنبية) (Avoidant Personality) والشخصية الاعتمادية (Dependent Personality) والشخصية الوسواسية (Obsessive Compulsive Personality) والشخصية السلبية العدوانية (Passive-aggressive Personality) وهذه الشخصيات تتميز بالتوتر والقلق والخوف والاضطرابية. إضافة إلى الشخصية غير المحددة والتي لا تنطبق عليها صفات إحدى الشخصيات السابقة بشكل واضح (Personality Disorder Not-Specified).

(انظر المصطلحات الإنكليزية ومعانيها العربية ... وفيه بعض التفاصيل عن الشخصيات المرضية)

ومن الناحية العملية فإن الشخص المريض قد ينطبق عليه أكثر من تشخيص واحد في شخصيته. وعند التشخيص عبر

تشريحي في أحسن الأحوال ويعتمد على كمية المعلومات المتوفرة عن المريض.

ويعكس ذلك تعقيد موضوع اضطرابات الشخصية وعدم كفاية الأساليب الحالية في التصنيف، ومن المتوقع أن يحدث تطويرات جديدة وتنقيحات حول تصنيف اضطرابات الشخصية مع ازدياد الأبحاث الميدانية والعلمية التي تعتمد على هذه التصنيفات، وأيضاً مع تراكم المزيد من النتائج والمعلومات حول أسباب اضطرابات الشخصية وحول علاقتها بالاضطرابات النفسية الأخرى. والأهمية العملية لتصنيف اضطرابات الشخصية تكمن في التركيز على استخلاص نمط من السلوكيات المتكررة التي تبرز في تاريخ الشخصية المضطربة، وهذا ما يسهل تحديد مظاهر الاضطراب وتوجيه الأساليب العلاجية نحو تعديل هذه السلوكيات والتصرفات، وأيضاً فرصة لتقبل الطرق لتسهيل عملية التغيير فيه من عدة جوانب واتجاهات.

وأما من حيث العوامل المؤهلة والمسببة لاضطرابات الشخصية فإنها متعددة ومتنوعة. وينطبق على المبدأ العام الذي يفسر مختلف الاضطرابات النفسية على اضطرابات الشخصية أيضاً، وهو مبدأ الأسباب العضوية ـ النفسية ـ الاجتماعية. فالشخصية الإنسانية تتأثر بالعوامل الوراثية التي ينقلها الآباء والأمهات إلى الأبناء، وأيضاً تتأثر بما يجري من أمور متنوعة خلال الحياة الجنينية داخل الرحم، كالتأثيرات العضوية الكيميائية والغذائية أو الالتهابات، إضافة للمشكلات

الجسمية التي تعقب الولادة.

ثم تأتي عوامل التعلم المكتسبة خلال المراحل التالية من العمر والنضج، وهناك ما يسمى بالمراحل الحرجة التي يكون فيها التعلم متأهب واكتساب صفات معينة ميسرة فيها جداً. وتلعب السنوات الخمس الأولى دوراً هاماً وفقاً لبعض النظريات، والنظريات الأخرى تعطي فترة ما قبل المراهقة والمراهقة نفسها دوراً هاماً إضافياً على اعتبار أنها أيضاً مرحلة حرجة ويحدث فيها تعلم من نوع خاص وله أثر كبير ومستمر في الشخصية.

وبعد ذلك تأتي التأثيرات المحيطة البيئية لتضيف إلى تكوين الشخصية وتساعد على إظهار إمكانياتها الكامنة أو تحجبها وتحبطها إضافة إلى إعطائها ملامح خاصة من خلال القيم والعادات والثقافة.

وقد بينت بعض الدراسات أن التوائم المتماثلة التي تربت منفصلة تتشابه في صفات الانبساطية والانطوائية إضافة إلى صفات العصابية بشكل أكثر من التوائم غير المتطابقة أو التوائم المتطابقة التي تربت معاً. وأن الانطواء الاجتماعي (Social intro-version) مرتبط بالوراثة أكثر من ارتباط الذكاء بالوراثة. وأيضاً فإن نقص الأوكسجين الذي قد يتعرض له الطفل داخل الرحم يمكن أن يؤدي إلى السلوك الاندفاعي وعدم التركيز.

ويمكن أن نقول أن الشخصية تتكون من جانبين أساسيين وهما المزاج الخاص (Temperament) وأساليب الشخصية وسماتها (Traits).

ويبدو أن الطفل يولد ولديه مزاج خاص بتأثير الموروثات والتكوين العضوي الجسمي والعصبي ويحدد المزاج الخاص بمستوى قابلية الطفل للإثارة الانفعالية وسرعته الاستجابية في الاستجابات ويعد مزاجه العام الغالب إضافة إلى تقلبات المزاج ودرجتها.

وأن أساليب الشخصية وسماتها هي نتيجة التعلم من الثقافة والتربية ونتيجة استدخال (Introjection) القيم الأسرية والاجتماعية من خلال اللغة ومن خلال التجارب العصبية التي تعطي الإنسان فرصاً وأساليب في التفكير وتعطيه المعاني للأحداث والأمور إضافة إلى صورته عن نفسه وعن الآخرين.

وتشير الدراسات إلى أهمية الرضاعة والعلاقات الأمومية وطرق التدريب على ضبط المثانة والأمعاء في تكوين عدد من صفات الشخصية واضطراباتها.

وتؤثر الظروف الثقافية العامة في مجتمع معين على بعض صفات أبنائه فقد وجد مثلاً في الدنمارك أن التعبير عن الغضب والعدوانية بشكل ظاهر وصريح للآخرين من الأمور المحظورة في صفات الأفراد. وقد ربط ذلك بقلة جرائم القتل ولكن بارتفاع في معدلات الانتحار حيث يمكن فهم ذلك أن الغضب والعدوانية الطبيعية عند الإنسان إذا لم يحدث لها تفريغ خارجي سيرتد هذا الغضب على النفس ويؤدي إلى إيذائها والانتحار.

وفي أوروبا وأمريكا الغربية أيضاً وغيرها حيث تنتشر أساليب السيطرة الموضوعية على النفس وتحميلها الأحداث والظروف (External Locus of Control)، وجد أن ذلك مرتبط

بارتفاع في نسبة جرائم القتل والشخصية المضادة للمجتمع وأيضا الشخصية الحدودية الشكاكة حيث يلقى اللوم في تعبير كثير من المشكلات المزمنة الاجتماعية والاقتصادية على قوى خارجية شريرة

ولا تزال معلوماتنا ناقصة حول العوامل المؤثرة في اضطراب الشخصية بشكل عام وفي حالة كل اضطراب على حدة

والمجال مفتوح للمزيد من النظريات والدراسات [مرجع رقم ٢٣ ـ ٢٤ ـ ٤٠]

□ الصفات العامة وتشخيص الشخصية الاجتنابية القلقة

لقد استعمل هذا التشخيص للمرة الأولى عام ١٩٨٠ في تصنيف الأمراض النفسية الأمريكي الثالث

وقبل ذلك ربما شخصت هذه الحالات على أنها شخصيات شبه فصامية أو اعتمادية أو شخصية غير مناسبة وتتضمن صفات الشخصية الاجتنابية ما كان يسميه العالم النفسي أدلر صاحب مذهب التحليل النفسي الفردي "بعقدة النقص" في الشخصية وقد وجد الباحثون أن عددا من الصفات الأساسية والأساليب في التصرف والسلوك والتفكير تميز عددا من الأشخاص ممن يمكن أن نطلق عليهم اسم الشخصية الاجتنابية القلقة

وتدل الدراسات على أن هذه الشخصية واسعة الانتشار وكما تدل التسمية فإن الاضطراب الأساسي يتمثل بأن السلوكيات الأساسية لهذه الشخصية تتميز بالانطوائية وقلة العلاقات الاجتماعية والسلوك المتحفظ المقيد وتجنب المخاطر وتضخيمها. ويرافق ذلك ضعف الثقة في النفس وتضخيم العيوب ومراقبة الذات المستمرة بحثاً عن الأخطاء في السلوك والتصرفات وما إذا كان هذا التصرف أو ذاك صحيحاً أو غير مناسب. وأيضاً الخوف من المخاطرة والمخاطر بشكل عام والخوف من الارتباك وعدم الراحة في وجود الآخرين. ويبدو أن الحساسية الزائدة للرفض والانتقاد وخوف الإنسان من أن لا يتقبله الآخرون هو محور أساسي في الشخصية الاجتنابية القلقة. حيث يتجنب الإنسان من إقامة علاقات اجتماعية ما أو المشاركة في موقف اجتماعي ما لم يحصل على ضمانات كافية بأنه سيكون محبوباً ومقبولاً من الآخرين. ويمكن تفسير عدد من الصفات السابقة الذكر بناء على وجود هذه الحساسية الخاصة للرفض (Rejection Sensitivity).

ومن النقاط المميزة في تفكير الشخصية الاجتنابية هي سوء تفسير الملاحظات من الآخرين. حيث تفسر بأن الهدف منها انتقاص قدر الشخص أو الحط من مرتبته وأنه ظهر كأضحوكة أو موقع سخرية وتهكم أمام الناس بسبب تلك الملاحظات. وطبعاً هذا تضخيم واضح ومبالغة في الحساسية لا تتناسب مع المضمون الواقعي وحجم الملاحظات التي توجه للشخص بشكل عام.

ويرتبط بذلك الاهتمام الزائد بنظرة الناس إلى الشخص نفسه. وصاحب الشخصية الاجتنابية القلقة يحاول جاهداً أن يرضي الناس ويجعلهم راضين عنه ويبدو لطيفاً ومطيعاً ومهذباً ومسالماً يسترضيه ويتملقه إذا وجه له انتقادات أو إذا شعر بعدم استحسان ما يفعله. وهو يستجيب شاكراً ويحس بالامتنان للمدح من الآخرين والثناء على شخصيته أو تصرفاته. وقد يمضي ساعات طوالاً يراجع مواقف الاستحسان التي مر بها ويحاول أن يستمتع بذلك.

ويمكن القول بأن معظم هذه الأساليب المرتبطة بالتعامل مع الآخرين هي محاولات لحماية النفس من عدوانية وغضب الآخرين ورفضهم وهي بالطبع محاولات دفاعية تمنع الشخص نفسه من تحقيق رغباته الخاصة ومن التعبير عن آرائه وأفكاره وبذلك يبدو محصوراً مقيداً في تصرفاته وأقواله.

(أنظر ملحق رقم ٤)

وفي دليل تشخيص الاضطرابات العقلية الأمريكي (١٩٨٧) [مرجع رقم ١٦] أنّ الشخصية الاجتنابية تتميز بنمط منتظم من السلوك والصعوبات المرتبطة بالانزعاج والمشقة في العلاقات مع الناس، والخوف من التقييم السلبي من قبل الآخرين، والجبن العام وعدم المخاطرة. وهذا النمط من السلوك يتكرر في عدة مواقف ويحتاج التشخيص لوجود ٤ نقاط على الأقل من النقاط التالية

١ – يتألم الشخص بسرعة فيما إذا وجه له الانتقاد أو عدم الاستحسان

٢ – لا يوجد لديه أصدقاء حميمون أو مقربون أو لديه شخص واحد فقط من غير أفراد أسرته

٣ – غير مستعد لإقامة علاقة مع أحد الأشخاص أو أكثر إلا في حال ضمانه أنه سيكون محبوبا ومقبولا من الطرف الآخر

٤ – يتجنب النشاطات الاجتماعية والمهنية التي تتطلب قدر أكبر من الاحتكاك والاتصال المباشر مع الناس

٥ – قليل الكلام ومتحفظ في المواقف الاجتماعية خشية أن يقول شيئا خطأ أو غير مناسب أو خوفا من أن لا يستطيع الإجابة على سؤال ما

٦ – يخاف الشخص من أن يرتبك أو يحمر وجهه أو أن تظهر عليه علامات القلق أمام الناس

٧ – تضخيم الصعوبات المحتملة والمخاطر الجسدية والعادية أو المخاطر الموجودة في حال القيام بأي عمل يخرج عن عاداته وسيره الاعتيادية

وفي دليل التشخيص العالمي للاضطرابات النفسية الأخير [مرجع رقم ٢٢] يتطلب التشخيص توفر ثلاث نقاط على الأقل من الصفات التالية

١ ــ ترقب وتوتر مستمر وهلع

٢ ــ مراقبة النفس ومشاعر عدم الأمان ومشاعر النقص

٣ ــ التشوق والتطلع إلى أن يكون الشخص محبوباً ومقبولاً من قبل الآخرين

٤ ــ فرط الحساسية للرفض والانتقاد

٥ ــ عدم الاستعداد لإقامة علاقات مع الآخرين ما لم تكن هناك ضمانات بالتقبل علاقات اجتماعية قليلة ومحددة

٦ ــ تضخيم الصعوبات المحتملة والمخاطر في المواقف الحياتية اليومية مما يؤدي إلى تجنب عدد من النشاطات والأعمال ولكن هذا التجنب لا يصل إلى درجة التجنب في الخوف المرضي

٧ ــ نمط مقيد من الحياة اليومية وذلك بسبب الحاجة إلى الأمان والاطمئنان والمعلومات الأكيدة المعروفة

وكما يتبين مما سبق، فإن التشابه واضح في التشخيص بين هذين النمطين والنقاط الأساسية المشتركة هي

العلاقات المحدودة وتجنب العلاقات الاجتماعية والاحتكاك بالآخرين والتطلع إلى القبول من الآخرين ويضاف الحساسية الزائدة للنقد إضافة إلى الأسلوب المقيد في الحياة والمعيشة، بالشعور بعدم الأمان مع تضخيم الصعوبات الحياتية العادية

وطبقاً للاختلاف فهو مشكل أساسي التركيز على العجز وعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية في الدليل الأمريكي بينما الدليل العالمي يُبرز القلق والترقب ومراقبة النفس والتوتر العام كعنصر أساسي في هذه الشخصية إضافة إلى مشاعر النقص. ويتطلب الاختلاف في ضرورة وجود ثلاثة نقاط يجب توفرها أو أربعة على الأقل كي يكون التشخيص أكيداً.

ويلي ذلك قائمة للملامح العامة لصفات وسلوكيات الشخصية الاجتنابية المتفقة المشتركة بين الدليلين السابقين.

□ قائمة الملامح العامة لصفات وسلوكيات الشخصية الاجتنابية (القلقة) □

١ - العلاقات المحدودة	لا يوجد لدى المصاب [illegible] أو لدى شخص واحد فقط من غير أفراد الأسرة - علاقاته الاجتماعية قليلة ومحدودة
٢ - تجنب العلاقات	- تجنب النشاطات الاجتماعية والمهنية التي تتطلب قدرا كبيرا من الاحتكاك والاتصال المباشر مع الناس
٣ - التطلع إلى القبول من الآخرين	- التشبث والتطلع إلى [illegible] [illegible] من قبل الآخرين [illegible]
٤ - الحساسية المبالغ فيها	- التألم بسرعة عندما [illegible] الانتقاد أو عدم الاستحسان - [illegible] الرفض من قبل الآخرين والانتقاد
٥ - الأسلوب [illegible] المخاطر والأنشطة	- [illegible] عن الحياة اليومية [illegible] - [illegible]
٦ - الخجل وعدم الارتياح في المواقف	[illegible] في المواقف الاجتماعية [illegible]
٧ - القلق والتوتر الدائم	التوتر والقلق المستمر والخوف - مراقبة النفس المقصودة
٨ - ضعف الثقة في النفس	مشاعر النقص وضعف الثقة بالنفس

ويمكن القول بأن الملامح الخمسة المشتركة الأولى في قائمة تشخيص الشخصية الاجتنابية القلقة ليست صعبة في التطبيق العملي فهي واضحة نسبيا ولا تختلط بالاضطرابات الأخرى. وأما النقطة المتعلقة بالخجل وعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية فهي تؤدي إلى الغموض واحتمال الخلط مع تشخيص الخوف الاجتماعي (كما ذكر سابقا في تشخيص الخوف الاجتماعي).

والحقيقة أن محاولة توضيح هذا الغموض مرتبط باستعمال التعبيرات اللغوية المناسبة مثل عدم الارتياح بدلا من الخوف في حالة اضطراب الشخصية. ولكن من الناحية العملية ليست المشكلة اختيار ذكي للألفاظ فقط حيث أن كلا الاضطرابين يشتركان بالتوتر والانزعاج من المواقف الاجتماعية. ولكن لا تصل أعراض التوتر والانزعاج إلى درجة القلق الشديد والخوف كما هي الحال في مصاب الخوف الاجتماعي. وطبعا يمكن لكلا الاضطرابين أن يجتمعا في نفس الشخص.

وأما بالنسبة للنقطة المتعلقة بالقلق والتوتر العام فهي تؤدي إلى الغموض واحتمال الخلط بين اضطراب الشخصية وعصاب القلق العام. ولكن يتم التفريق عادة بأن القلق في الاضطراب العصابي يكون شديدا.

وأما بالنسبة للنقطة المتعلقة بضعف الثقة في النفس فإن هذا الشعور ليس مقتصرا على الشخصية الاجتنابية القلقة وحدها

فهو موجود في عدد من اضطرابات الشخصية الأخرى والاضطرابات النفسية أيضا.

وهكذا نجد أهمية القيام بالمزيد من الدراسات والأبحاث حول هذا الموضوع والتي يمكن لها أن تلقي الضوء أكثر على الأمور التي لا تزال غامضة وتضيف إلى المعلومات المعاصرة وأساليب التشخيص إضافات هامة ومفيدة.

(انظر إلى فقرة الأسباب في هذا الفصل والآراء حول علاقة اضطراب الشخصية بالاضطرابات النفسية)

كلمة أخيرة حول التشخيص: يبدو أنه من المفيد أن نتذكر أن الخجل صفة منتشرة بين الكثير من الناس. ولا يمكن أن نعتبرها مرضية إلا إذا كانت شديدة وعندها يمكن أن تكون جزءاً من اضطراب الشخصية الاجتنابية. وكثير ممن لديهم صفات وأساليب الشخصية الاجتنابية يعيشون على طريقتهم ولا يشتكون أية اضطرابات أخرى ولا يطلبون العلاج أو التغيير. وبعضهم ربما يريد التغيير ويسعى إليه وينجح في تعديل بعض أساليبه. وبعضهم الآخر تحدث لديه اضطرابات نفسية متنوعة مثل القلق العام أو حالات من القلق والاكتئاب أو تتطور حالاتهم إلى حالة الخوف الاجتماعي.

والأهمية الأساسية لمناقشة الجوانب المتعلقة بالشخصية الاجتنابية هي توضيح صفاتها الأساسية واختلافها عن الاضطرابات الأخرى مما يعطي القارئ صورة علمية واضحة عن قضايا الطب النفسي المعقدة والمتشابكة بحثاً عن فهم أوسع

للوصول إلى ما يمكن عمله من أجل التغير والمساعدة في جهوده
الإنسان نحو المزيد من الصحة النفسية

□ تفريق الشخصية الاجتنابية القلقة عن الاضطرابات الأخرى

تتشابه الشخصية الاجتنابية القلقة مع الشخصية شبه الفصامية ظاهرياً بفقد الأصدقاء وضعف العلاقات الاجتماعية ولكن يختلف عنهما في أن الشخص ذو الشخصية الاجتنابية يرغب في إقامة العلاقات الاجتماعية ويحب أن يكون مع الناس وهو يتشوق إلى ذلك ولكن حساسيته الزائدة من النقد والخوف من عدم التقبل يجعلانه غير مستعد لإقامة أية علاقة ما لم يكن عنده ضمانات بالتقبل وهذا طبعاً ليس سهل التحقيق مما يؤدي إلى ابتعاده عن الناس

أما الشخصية شبه الفصامية فهي أصلاً لا ترغب بالعلاقات مع الآخرين ولا تهتم ولا تبالي بآراء الناس وانتقاداتهم وتفضل الوحدة على أن تكون مع الناس

والشخصية الاعتمادية تشترك مع الشخصية الاجتنابية القلقة في وجود عدم الاطمئنان في العلاقات الاجتماعية وضعف الثقة بالنفس ولكن الشخصية الاعتمادية تحاول أكثر من الاتصال في علاقاتها مع الآخرين ومن مسايرة الشخص الآخر الذي تعتمد عليه بينما الشخصية الاجتنابية تجد صعوبة أكثر

في بداية العلاقة وتكوينها إضافة إلى الانزعاج في حال الانفصال وانتهاء العلاقة.

وتجدر الإشارة إلى أن الشخص نفسه يمكن أن تنطبق عليه صفات كلتا الشخصيتين الاتكالية والاجتنابية. ويؤيد ذلك التجربة العملية العيادية. ومن الناحية النظرية ليس هناك ما يتعارض فيه في أن شخصية الإنسان لها أوجه عديدة وصفات كثيرة وأنه يمكن إطلاق عدد من التسميات لتصف أكثر من اضطراب واحد في شخصية الإنسان وعندما يحصل إحاطة بالحالة المرضية أكثر شمولاً و[illegible].

وإن الاختلاف عن حالات الخوف من أماكن السوق أو الخروج من البيت وحيداً (Agoraphobia)، فإن السلوك الاجتنابي والانطوائية وعدم الاحتكاك بالآخرين يكون شديداً ولكنه مرتبط بمضمون الخوف. وهو الخوف من أن يذهب الإنسان إلى بعض الأماكن لوحده ويكون موجوداً في بعض المواقف ولا يستطيع أن يجد العون في حال تعرضه لبعض الأعراض الجسمية المرضية ولذا فهو يفضل عدم الخروج من البيت أو الذهاب برفقة صديق أو قريب.

(انظر إلى الفصل السادس وفيه مزيد من التفاصيل حول ذلك)

وإن الاختلاف عن حالات الخوف الاجتماعي العصابية فالأساس في ذلك أن الشخصية الاجتنابية تتجنب العلاقات

الاجتنابية الشخصية بسبب يتجنب الشخص الذي لديه الخوف الاجتماعي مواقف اجتماعية معينة حيث يخاف منها ومن أن تحدث له أعراض القلق والارتباك فيها. وكما ذكر سابقاً فإن الشخص نفسه يمكن أن يكون لديه اضطراب الشخصية والخوف الاجتماعي معاً.

وأما بالنسبة للاضطراب الاجتنابي الهروبي عند الأطفال والمراهقين، فإن الاختلاف أساساً هو في شدة الاضطراب وشموليته واستمراريته بالنسبة لاضطراب الشخصية الاجتنابية وليس الاضطراب مرتبطاً بمرحلة النمو فقط.

ولكن نستعمل تسمية اضطراب الشخصية في الحالات الشديدة والمستمرة ولا يمكن اشتراك تلك المظاهر معاً. ويمكن للاضطراب الاجتنابي الهروبي عند الأطفال أن ينشئ تطور الشخصية الاجتنابية عند الكبار. [مرجع رقم ١٦ – ٤٠]

□ الأسباب والعوامل المؤثرة في تكوين الشخصية الاجتنابية القلقة

كما ذكر سابقاً، فإن الأسباب والعوامل المؤثرة في تكوين اضطرابات الشخصية بشكل عام لا تزال غامضة. ولا توجد دراسات بسيطة ومختصرة وينطبق ذلك على الشخصية الاجتنابية القلقة أيضاً. ولا سيما فإن دراسة هذه الشخصية بشكل محدد قد جاءت متأخراً بسبب مقارنة مع الشخصية المضادة للمجتمع التي درست بشكل واسع.

ويلعب الاتفاق وتحديد الملامح والصفات الأساسية لشخصية الاجتنابية وتمييزها عن الاضطرابات الأخرى دوراً هاماً في مجال المعلومات ونتائج الدراسات عبر مختلف الباحثين

وكما سبق سابقاً فإن هناك عدد من الملامح الأساسية التي يمكن الاتفاق على تسميتها بأنها اضطراب محدد في الشخصية مما يشكل صعوبة كبيرة على جميع الدراسات حول الأسباب لاضطراب بالاتجاه بوضوح عدد من العلاقات بين العوامل العضوية والنفسية والاجتماعية وبين تطور الشخصية الاجتنابية القلقة

ويعتقد بعض العلماء أنه ربما يكون هناك تأثير عضوي وراثي يؤدي إلى القلق المفرط ويظهر بشكل حساسية زائدة للعقاب والمؤثرات السلبية المؤلمة إضافة إلى الاتجاه إلى تثبيط الهمة بسهولة وعدم الاستمرار في تكرار السلوك الإيجابي ويضاف إلى ذلك العاملين اللذين يشكلان أساس السلوك المقيد والتجنب في الشخصية الاجتنابية القلقة مثل الصعوبة في تطوير أساليب ناجحة للسيطرة على القلق

وقد تبين أن هناك منظومة تثبيطية في منطقة الحاجز وحصان البحر (Septal-Hippo Campal Region) والتي تقع بين نصفي الكرة المخية وهذه المنظومة تلعب دور الوسيط العضوي لسلوك الاجتنابي القلق [مرجع رقم ٤]

ويعتقد علماء آخرون أن الشخصية الاجتنابية القلقة هي جزء من مجموعة اضطرابات القلق العصابية تظهر كأحد الأعراض

الطيف المكون بهذه الاضطرابات وتختلف عن أجزاء الطيف
الأخرى بتوجيه النفس وشدته وأنها ليست اضطراباً مستقلاً بذاته
وهذه النظرية تشبه النظريات الأخرى المتعلقة باضطرابات
الفصام وعلاقته باضطرابات الشخصية شبه الفصامية أو الشخصية
ذات النمط الفصامي وأيضاً بالاضطرابات الانفعالية (Mood
Disorder) كالهوس والاكتئاب وعلاقتها باضطراب الشخصية
الحدودية

وفي تلك النظريات تأكيد واضح على أهمية العوامل
العضوية الوراثية في نشوء اضطرابات الشخصية إضافة إلى
الاضطرابات العصبية الأخرى [مرجع رقم ١٠]

ولكن النظريات الأخرى حول الأسباب فهي تركز على
العلاقة المرضية القلقة وغير الثابتة بين الطفل والأبوين في
مرحلة مبكرة من التطور حيث يسود هذه العلاقة عدم الاتصال
والتغيرات المفاجئة مما يؤدي إلى استحالة الطمأنينة للشخصية
المضطربة من حوله أو يجعل صورته عن نفسه متناقضة ومجزأة
ولا تشعر بالأمان وتحقيق الرغبات بشكل مقبول وكاف

وأيضاً عدم تطور القدرات الاجتماعية بشكل مناسب نتيجة
لظروف تربوية واجتماعية خاصة تتميز بعدم تشجيع الطفل
والمراهق على الاختلاط بأقرانه وتعويضه المبالغ من الأهل
إضافة إلى مطالبته بأن يكون مثالياً وأن لا يرتكب أي خطأ مع
الأخرين

كما يركز بعض العلماء على أهمية طرق التفكير التي يتعود عليها الإنسان منذ مرحلة مبكرة حيث يصطبغ تفكيره بالشكل السلبي الذي يهتم بتبني الخطر والتهديد وعدم الأمان إضافة إلى تحطيمه للنشاط القوية والإيجابية في شخصيته وأيضا بجعله يضخم أخطاءه ويحفظ صعفه مما يجعله يشعر بالنقص باستمرار

وقد وجد أن للاضطرابات العضوية و نقاعات الجسمية دورا مهما لظهور الشخصية الاجتنابية القلقة ويلعب وجود الاضطراب الاجتنابي الهروبي عند الأطفال والمراهقين دوراً مهماً لظهور الشخصية الاجتنابية القلقة في عدد من الحالات الأخرى (مرجع رقم ١٦ – ٢٣ – ٤٠)

□ العلاج

تتعدد الأساليب العلاجية التي تؤثر في تعديل الشخصية الاجتنابية القلقة ويفيد العلاج النفسي عن طريق المقابلات المتعددة والجلسات النفسية في فهم الإنسان لنفسه وتاريخه الشخصي وتفريغ انفعالاته السلبية واستعادة ثقته في نفسه وتقدير نقاط القوة التي يمتلكها بشكل صحيح وإيجابي والعلاج النفسي يمكن أن يخفف من قسوة الضمير لدى الإنسان حيث أن الشخصية الاجتنابية تسقط طلبات الضمير القاسية والتعدائية بعدائه على الآخرين حيث يعتبر الإنسان الآخرين أنهم انتقاديون وربما يسخرون من أخطائه كما أن البحث في عقد

الإنسان الخاصة ورغباته وخيالاته المرتبطة بالسلوك الهروبي يمكن أن يلقي الضوء عليها لفهمها وتعديلها وتخليصه من الشحنات الانفعالية المرتفعة المرتبطة بها مما يسهل تقبلها وفهمها. ويفيد العلاج الجماعي في بناء الثقة المتبادلة بين أفراد المجموعة ويمنح الشخصية مهارات إضافية في التعامل مع الآخرين دون قلق مفرط.

ويعمد المعالجون بعلاج المرضى باستعمال أساليب معاكسة مع الآخرين وهذا ما يسمى بالعلاج المتناقض (Paradoxical) حيث يطلب من المريض أن يتصرف بطريقة تجلب الانتباه وربما الرفض والانتقاد في بعض المواقف كأن لا يوافق الشخص على رأي معين. وقد وجد أن ذلك يخفف من مشاعر الخوف والتوتر ويعطي المرء ثقة أكبر بنفسه ذلك أنه حتى إذا تصرف بشكل غير مقبول فإن الحياة لن تنتهي ولن يخسر علاقاته مع الطرف الآخر.

ويفيد اكتساب مهارات الشخصية وتنمية المهارات والتدريب الاجتماعي بشكل كبير حيث يزيد الثقة في النفس ويخفف القلق والسلوك الهروبي.

والتعرض لمواقف التدريجي مفيد جداً ويسمى أحياناً بالتحصين (Desensitization) بإزالة الحساسية للموقف المزعج. والعلاج المعرفي مفيد في تعديل أفكار الشخص عن نفسه وعن الآخرين من خلال التعرف على الحوار الذاتي

والعبارات الشخصية حول الخطر وعدم الكفاءة ويتم استبدالها بأفكار أكثر إيجابية وأكثر جرأة

ويمكن استعمال بعض الأدوية في تخفيف القلق خلال التعرض للمواقف التي يتجنبها الشخص عادة مما يساعده على دخول هذه المواقف [مرجع رقم ٢٣ – ٢٤ ، ٤٠]

(انظر الفصل العاشر حول العلاج)

● ● ●

تمييز اضطراب الخوف الاجتماعي عن الاضطرابات الأخرى

يشترك الخوف الاجتماعي كاضطراب نفسي عصابي مع عدد من الحالات الأخرى في وجود الخوف. ويجب تمييزه عن الحالات الأخرى مثل الخوف الطبيعي من بعض المواقف الاجتماعية. فالحديث أمام مجموعة من الناس يثير في معظم الناس درجة من الخوف والتوتر ويتمنى الإنسان أن يعتذر عن القيام بذلك وهذا الشعور طبيعي ومعروف. ولا يمكن أن نطلق عليه اسم الاضطراب إلا إذا كان شديداً ومعطلاً إضافة إلى توفر الشروط الأخرى التي ذكرت في فصل التشخيص.

ولعل التمييز عن المخاوف المحددة البسيطة (Simple Specific Phobia) فهو تمييز سهل حيث يكون الخوف المرضي من مثير محدد مثل الخوف من المصاعد أو من رؤية الدم أو من

بعض الحيوانات. وأكثرها يظهر في سن مبكرة وفي مرحلة
الطفولة. ويختلف الخوف الاجتماعي عن الخوف من أماكن
السوق (الأماكن المفتوحة الواسعة) (Agoraphobia) وهو يتظاهر
بالخوف من الخروج من البيت وحيداً إلى السوق أو غيره من
الأماكن مثل المتاجر والمسارح، وأيضاً الخوف من ركوب
الحافلات العامة أو القطار أو السيارة أو البقاء في الأماكن
المزدحمة. والتسمية كما هو واضح غامضة ولا تدل على
مضمون الخوف. والمصطلح في اللغة الإنكليزية واللغات
الأخرى مشتق من اللغة اليونانية والترجمة العربية هي ترجمة
مناسبة. وقد كان السوق قديماً في العصر الإغريقي ساحة كبيرة
مفتوحة على أرض واسعة ويقوم الباعة بعرض ما لديهم فيها،
وكانت تقام حفلات للخطابة والتجمع في بعض المناسبات.
والخوف المرضي من الذهاب إلى أماكن السوق يعني أن يصاب
الإنسان بخوف أو ذعر من الذهاب إليها حيث لا يستطيع الهروب
من المكان المكتظ في حال تعرضه لأعراض جسمية مزعجة
كأعراض القلب أو القيء الحاد أو يكون مضمون الخوف في أن
لا يجد المساعدة ضمن الحشد الكبير من الناس. والاستعمال
الحالي لهذا المصطلح صار لا يقتصر على الخوف من السوق
وحده بل يشمل مواقف أخرى. ولعله من عراقة الطب النفسي
الاستمرار في استعمال هذا المصطلح القديم وعدم استبداله
بمصطلح آخر يعبر أكثر عن مضمون الحالة المرضية. ولا يوجد
في الوقت الحاضر مصطلح مختصر يعبر عن الحالة. ويمكن

استعمال عدة كلمات لتوضيح المقصود بالحالة مثل (الخوف المتعدد من أماكن السوق وغيرها) حيث يخاف الإنسان أن لا يستطيع الانسحاب أو إيجاد العون في حالة تعرضه لأعراض جسمية عصبية مزعجة. وهؤلاء الأشخاص المصابون بهذه الحالة تتحدد حياتهم العملية ونشاطهم في دائرة صغيرة ولا يمكنهم الخروج بمفردهم أو أنهم يصرون على اصطحاب أحد الأشخاص معهم في حال خروجهم من البيت.

وكما هو واضح من التعريف فإن الخوف الاجتماعي يكمن في موضوع الخوف نفسه. فالخوف ليس من نظرة الناس في الموقف الاجتماعي بل الخوف من عدم القدرة على الانسحاب أو وجود العون. ومن الاختلافات الأخرى أن الخوف الاجتماعي يصيب الذكور أكثر من الإناث في الدراسات العيادية وذلك عكس الخوف من أماكن السوق. كما أن درجة الانبساطية والانفتاح في التعامل مع الناس أقل في الخوف الاجتماعي فهم يميلون كمجموعة من المرضى إلى الانطوائية. وهناك ما يسمى باختبار (اللاكتيت) (Lactate) وهو عبارة عن حقن مادة كيميائية في الدم تؤدي إلى ظهور أعراض الهلع الحاد في المرضى [مرجع رقم ١١ – ٢٠ – ٢٦]. وتكون نتيجة هذا الاختبار إيجابية في كثير من حالات الخوف من أماكن السوق مقارنة مع حالات معينة فقط من الخوف الاجتماعي. ويمكن لكلا الاضطرابين أن يجتمعا في بعض الأحيان في نفس الشخص كما سيأتي ذكر ذلك في الفصل الثامن (المضاعفات المرافقة للخوف الاجتماعي).

وأما التفريق عن حالات القلق الحاد أو الهلع (Panic disorder) حيث يأتي المريض بنوبات من القلق الحاد (Panic attack) ويحس بزيادة ضربات القلب ويصبح تنفسه متقطعاً إضافة إلى شعوره بأنه سيغمى عليه وغير ذلك من أعراض القلق الحادة، فإن الخوف الذي ينتاب المريض هو من قدوم النوبات مرة أخرى وهذه النوبات تأتي في أوقات مختلفة وعندما يكون الإنسان وحيداً وليس بالضرورة في المواقف الاجتماعية. وتشير بعض الدراسات إلى أن حالات الخوف الاجتماعي تشكو من احمرار الوجه كعرض أساسي للقلق بينما حالات الهلع الحاد تشكو من ضيق وألم في الصدر كعرض أساسي للقلق.

أما بالنسبة للتفريق عن الشخصية الاجتنابية القلقة فقد يكون أمراً صعباً ولا سيما في حالات الخوف الاجتماعي المعمم. وعندها يمكن إطلاق كلا التشخيصين إذا توفرت صفات الشخصية الاجتنابية بشكل واضح إضافة إلى كون أعراض القلق والخوف شديدة. أما إذا كانت أعراض القلق في المواقف الاجتماعية خفيفة ومتغيرة ولا يعتقد الإنسان أن خوفه وارتباكه شديد أو غير منطقي بل يصف شأنه فقط بشعور بالتوتر والارتباك والصعوبة في المواقف الاجتماعية فإن تشخيص الشخصية الاجتنابية هو الأرجح ولا سيما إذا كانت لديه الصفات الأساسية المطلوبة لتشخيص هذه الشخصية.

ويمكن أن يكون تشخيص الخوف الاجتماعي أكثر سهولة إذا كان ظهور أعراضه المرضية متأخراً نسبياً أي بعد ٣٠ ـ ٣٥

سنه من العمر، وكانت ملامح الشخصية أكثر إيجابية، ولا توجد صفات الشخصية الاجتنابية بشكل واضح. أو أن ظهور الأعراض قد بدأ بعد صدمة نفسية في موقف معين حدث فيه الارتباك والقلق الشديد أو الانتقاد من الآخرين.

وكذا بالنسبة للتفريق بين الاضطرابات الذهانية (Psychoses) والفصامية والبارانوية وحالات الاكتئاب الشديدة حيث يبدو المريض منعزلاً ويتجنب المجتمع والعلاقات مع الناس، ولكن ذلك أمر سهل عادة وذلك لأن المصاب بهذه الاضطرابات لديه أعراض ذهانية أخرى واضحة تفسر سبب انعزاله وخوفه من الآخرين مثل هذيانات الاضطهاد (Persecutory delusions) أو اضطرابات التفكير الاكتئابي مثل أفكار الذنب أو هذياناته (Guilt Feelings or delusions) التي تجعل الإنسان مرتبكاً ومنطوياً وخائفاً في المواقف الاجتماعية وعند لقائه بالناس [مرجع رقم ١٦ — ٣٩]

ويحدث أن النظرة السطحية لشخص ما من خلال تصرفاته مع الناس ووصفه بأنه خجول أو مرتبك أو أن لديه اضطراب الخوف الاجتماعي قد يكون خاطئاً وغير مناسب ما لم تكن هناك معلومات إضافية واضحة ومتوفرة عنه.

ولا بد من الإشارة هنا إلى حالات مرضية أخرى قد تشبه حالة الخوف الاجتماعي وهي اضطرابات النطق أو التأتأة (Stuttering) وهي اضطرابات عصبية عضوية تعني بصعوبة القدرة على النطق والكلام وهي ترتبط بالوراثة أحياناً وتبدأ معظم

الحالات قبل سن العاشرة . ويجب تمييزها عن صعوبات الكلام والنطق الطبيعية التي تظهر قبل الثالثة من العمر . وتكثر عند الذكور بنسبة ثلاثة أضعاف نسبتها عند الإناث . وهذه الاضطرابات منتشرة وقد تصل إلى ٤ ٪ بين طلبة المرحلة الابتدائية . وعند الكبر يقدر انتشارها بحوالي ١ ٪ من الناس .

وتتميز هذه الحالات باضطراب في النطق يتصف بإعادة مقطع من الكلمة أو تكرار أحد الحروف أو أكثر مثل حرف التاء ومن هنا جاءت التسمية التأتأة . ويمكن لعدد من الحروف أن يتكرر ويتعثر النطق مثل حرف السين والفاء وغيرهم .

ويرتبط هذا الاضطراب في حال تنبه الآخرين لكلام الشخص بحيث نجده يحاول الابتعاد عن الحديث أمام الناس أو يفضل عدم الإجابة والصمت . والمواقف الاجتماعية تسبب قلقاً وتوتراً يزيد في اضطراب الكلام ولكن القلق ليس له علاقة أكيدة في نشوء هذا الاضطراب كما هو شائع بين الناس .
(مرجع رقم ١٩ ـ ٢٣ ـ ٩٤)

ويقوم العلاج بشكل أساسي على تمارين النطق والكلام بشكل جلسات فردية أو جماعية إضافة إلى تمارين أخرى تقوية عضلات اللسان والفم والبلعوم المسؤولة عن إخراج الكلمات ويفيد أيضاً الاسترخاء وتمارين التنفس التي تساعد على انتظام عملية النطق . ويمارس العلاج بشكل أساسي أخصائيو النطق وغيرهم من الاختصاصات الأخرى . وعدد من الحالات يشفى تلقائياً قبل سن السادسة عشرة . ويتحسن كثير منهم مع

العلاج ولا سيما العلاج المبكر أو مع التدريب المستمر الذاتي
وربما تكون قصة الخطيب اليوناني الشهير التي ذكرت في مقدمة هذا الكتاب هي حالة من التأتأة وليست حالة خوف اجتماعي وذلك لعدم توفر الوصف الدقيق لنوعية صعوبة النطق التي كان يعاني منها حيث أن كلتا الحالتين تشتركان بالخوف والتوتر من المواقف الاجتماعية والحديث أمام الناس ولكن تتميز حالة التأتأة باضطراب أساسي في النطق يتميز بالتكرار السريع لأحد الحروف أو المقاطع كما أشرت من قبل وهذا يختلف عن التلعثم في حالات الخوف الاجتماعي

ويمكن في بعض الحالات أن يصاب المصاب باضطرابات النطق شديد الخوف والارتباك في المناسبات الاجتماعية وأن يهرب منها وعند يمكن إطلاق تسمية الخوف الاجتماعي الثانوي أي الناتج عن اضطراب آخر أو القلق غير المحدد، وهذه الحالات تختلف عن الخوف الاجتماعي الأساسي من حيث شكلها وأسبابها

والحالة المرضية الأخرى هي الرجفة الأساسية (Essential Tremor) وهي تصنف ضمن الاضطرابات العصبية وتتميز برجفة خفيفة أثناء الحركة في إحدى اليدين أو كلتاهما أو اهتزاز في الرأس وقد يشترك الرأس مع اليدين دون الكتفين وبعض هذه الحالات وراثية وبعضها الآخر مجهول السبب وهي تظهر في كل الأعمار ولا ترتبط بأمراض أخرى وفي بعض الحالات تسبب صعوبة في أداء بعض الأعمال اليدوية بسبب الرجفة

المستمرة وستجيب هذه الحالات لبعض الأدوية . ولكن العديد منها لا يحتاج إلى العلاج إلا إذا سببت صعوبات مهنية . وسبب هذه الرجفة الأساسية لشخص المصاب بها إحراجاً وبؤساً عندما يراه الناس ويجتمع بهم وهي تزيد عند التوتر والقلق ولكن ليس للقلق فيها دور مسبب [مرجع رقم ٢٥] . وقد تؤدي بالمصاب إلى أن يتجنب المواقف الاجتماعية ويخاف منها وعندها يمكن إطلاق تسمية الخوف الاجتماعي الثانوي أو اضطراب القلق غير المحدد، وذلك لتمييزها عن حالات الخوف الاجتماعي



انتشار الخوف الاجتماعي

تبين الدراسات أن حالات الخوف الاجتماعي واسعة الانتشار. وربما يكون انتشارها أكثر في بعض المجتمعات مقارنة بمجتمعات أخرى. حيث تلعب العوامل الثقافية العامة والتربوية واختلافها بين المجتمعات دورها في تفسير ذلك الاختلاف. والدراسات الميدانية التي تهدف إلى تحديد نسبة انتشار هذا الاضطراب في مجتمع معين نادرة، وهي صعبة التنفيذ لأنها تهدف إلى تشخيص الحالات من خلال إجراء المقابلات الميدانية والذهاب إلى العديد من البيوت وأماكن السكن ومن ثم تقدير عدد الحالات التي يمكن أن تعتبر حالات مرضية ومن ثم إجراء المعادلات الإحصائية وحساب نسبة الانتشار. والصعوبات متعددة في كل مرحلة من مراحل الدراسة.

وفي دراسة ميدانية أمريكية في ١٩٨٢ [مرجع رقم ٢٦]

والتي أجريت في ثلاثة مدن أمريكية أن انتشار الخوف الاجتماعي خلال ستة شهور هو حوالي ٢ ٪ من السكان وربما تكون النسبة أقل من ذلك لأن الاستبيان الذي استعمل في هذه الدراسة لتحديد حالات الخوف الاجتماعي لم يغطي حالات الخوف الاجتماعي الناتج عن الخوف من أماكن السوق ضمن الأسئلة المطروحة

وفي دراسة أجريت على طلبة الجامعات في السنة الأولى بدخولهم إحدى الجامعات البريطانية عام ١٩٧٦ بينت النتائج أن حوالي ٣ – ١٠ ٪ من الطلاب لديهم حالة الخوف الاجتماعي وبشكل عام فإن حوالي ١/٢٠٠ من الناس في المجتمع الغربي لديهم حالات الخوف الاجتماعي الشديدة وحوالي ٣ – ٤ أضعاف ذلك لديهم حالات متوسطة وضعيفة (مرجع رقم ٣٦ – ٣٧)

وأما الدراسات العيادية التي تجرى عادة في عيادات ومراكز الطب النفسي فإن نتائجها تدل على نسبة المرضى الذين يراجعون هذه المراكز وهي تعطي فكرة عامة عن نسبة الأشخاص الذين يشعرون ويطلبون العلاج ولكنها لا تعطي أية معلومات عن نسبة انتشار حالة ما في المجتمع بشكل عام

وتدل إحدى الدراسات أن ٨ ٪ من المرضى الذين يشكون من حالات الخوف في مشفى المودزلي للطب النفسي بلندن لديهم حالات الخوف الاجتماعي بينما ٦ ٪ منهم لديهم حالات الخوف من أماكن السوق (١٩٧٠) وفي دراسة أخرى

أمريكية في إحدى المراكز المتخصصة في علاج حالات الخوف والقلق فقط، كانت نسبة حالات الخوف الاجتماعي ١٣ ٪ وحالات القلق المعمم ١٣ ٪ / أيضا بينما حالات الخوف من السوق كانت ٣٨ ٪ (١٩٨٣)

وتنتشر حالات الخوف الاجتماعي في المجتمع بشكل متقارب بين الذكور والإناث ولكن في مجموع المرضى المراجعين لعيادات الطب النفسي، فإن نسبة الذكور هي أعلى بكثير من نسبة الإناث [مرجع رقم ١٤ – ١٦ – ٣٤] ويعود ذلك إلى العوامل التي تساعد الإناث على طلب العلاج والذهاب إليه والقدرة على تحمل الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تمنع الإناث من تلقي العلاج وتجعلها تتألم وتعاني مع نفسها ولا تفصح عن مشكلتها أو تطلب العون الطبي وربما يلعب الدور الاجتماعي للرجل الذي يتطلب منه العمل والجرأة والاحتكاك بالآخرين في مختلف المواقف دوراً أساسياً في زيادة معاناته وطلبه للعلاج

وتدل الدراسات الميدانية أن حالات الخوف الاجتماعي تنتشر أكثر في الطبقات المتعلمة والميسورة ماديا وقد يرتبط ذلك بالقدرة على طلب العلاج وتوفر الإمكانيات المادية والثقافية والعقلية وغير ذلك [مرجع رقم ١١ – ١٤]

وفي المجتمعات النامية ودول العالم الثالث ربما يكون انتشار حالات الخوف الاجتماعي أكثر وقد يعود ذلك إلى أن أهمية الفرد وآرائه وفرص التعبير عن ذاته هي بشكل عام أقل

مرور ومحترفاً مقارنة مع المجتمع العربي والعالم الثالث لا يزال غارقاً في مشكلاته وتنميته وعقد نفسه كمجتمع ويحاول الاستقلال والتنمية وتأمين الحد الأدنى لمستوى المعيشة لمجموع السكان، كما أن النظرة السائدة في مجتمعنا أكثر منها فردية وكل ذلك ربما يؤثر في ظهور حالات الخوف الاجتماعي إذا توفر وجود المؤثرات الأخرى.

(انظر إلى الفصل التاسع حول الأسباب)

وتشير ملاحظات العديد من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين وغيرهم في الدول العربية والإسلامية إلى أن حالات الخوف الاجتماعي منتشرة وربما بنسب أكبر من الدول الغربية ولا توجد دراسات ميدانية حول هذا الموضوع كي تؤكد ذلك الفرق.

وبينت بعض الدراسات التي أجريت على المرضى المراجعين للعيادات النفسية ومراكز الطب النفسي الحكومية والخاصة في هذه الدول على أن نسبة حالات الخوف الاجتماعي بين هؤلاء المرضى هي حوالي ٨ ــ ١٣ ٪

وتدل نتائج الإحصائيات التي قمت بها في عيادة الطب النفسي بجدة على أن نسبة هذه الحالات مشابهة كما أوضحت دراسة سابقة عام ١٩٨٧ في مشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث في الرياض بأن عدد حالات الخوف الاجتماعي بين المراجعين للعيادات النفسية العامة في المشفى هي حوالي ١٣ ٪ [مرجع رقم ١٤]

وإذا قدرنا هذه الأرقام بالدراسة الأمريكية في مركز متخصص فقط بحالات الخوف والقلق وهي ١٣ ، أيضاً ، نجد أن نسبة الخوف الاجتماعي فيه أقل مقارنة مع العيادات النفسية العامة والتي يتكون مراجعيها من مختلف الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والاضطرابات الجنسية والوسواس القهري واضطرابات السلوك عند الأطفال ومرض الفصام وغير ذلك إضافة لحالات القلق والمخاوف . وعند محاولة تفسير اختلاف الانتشار بين عدة مجتمعات لا بد من الإشارة إلى ضرورة الاتفاق حول مضمون الاضطراب نفسه ومقاييسه لقواعد التشخيص المتبع في كل حالة إضافة إلى ما يرافقها من أعراض أخرى نفسية أو عضوية . وإلا فإن المقارنة تكون غير مفيدة ولا تعطي أية مدلولات علمية .

ومن جانب آخر ، فإن دراسة مجتمع معين تتسم عادة بالصعوبات ومحاولة استخلاص عوامل عامة مؤثرة . وببساطة فإن معظم العلوم الاجتماعية ينقصها الدقة العلمية مقارنة مع العلوم الطبية . فهي تأخذ جانباً واحداً وتخضعه للدراسة والبحث وتركيب المجتمع يتضمن وجوهاً عديدة وجوانب معقدة ليس من السهل عزلها وتحديد تأثير كل منها على ظاهرة ما . ومن الأمور الأساسية في علم الطب النفسي دراسة العوامل الاجتماعية من خلال اتصالها وتفاعلها المستمر مع العوامل النفسية الذاتية والعوامل العضوية كما أشرت إلى ذلك من قبل في مصطلح النظرية العضوية النفسية الاجتماعية . وهكذا لا بد من التأكيد

على تشابك وتعقد العوامل التي تساهم في نشوء وتكوين حالات الخوف الاجتماعي. والتفسير الاجتماعي مفيد ولكنه ناقص وقاصر إذا أخذ وحده لأنه يهمل أهمية العوامل الأخرى.

ومن هذه التفسيرات أنه ربما يكون لاختلاف طبيعة المجتمع الغربي دور في انخفاض نسبة حالات الخوف الاجتماعي، حيث أن بعض حالات الخوف الاجتماعي الخفيفة أو المتوسطة في المجتمع الغربي لا تتعرض للضغوط العديدة التي تتطلب المواجهات الاجتماعية، حيث يمكن للفرد أن يعيش حياته معزولاً نسبياً دون أن يحتاج إلى أن يلتقي بالآخرين ويستقبلهم في منزله أو أن يتحدث إلى مجموعة من الناس. فالحياة الغربية طابعها العام الفردية والانعزال وعدم التدخل في شؤون الغير وقلة المواجهات الاجتماعية. وهكذا لا يتعرض المرء للإحراجات الكثيرة لأنه يخاف من مواجهة الناس. وقد يعتبر أن سلوكه عادياً ولذا لا يراجع العيادات النفسية من أجل ذلك وهذا يقلل من عدد حالات الخوف الاجتماعي في الإحصائيات.

أما في بلادنا فإن الوضع مختلف وكثير من حالات الخوف الاجتماعي المتوسطة أو الخفيفة تراجع العيادات النفسية بسبب ظهور الأعراض وتكرر حدوث المواقف التي يحاول الإنسان أن يتجنبها. وهو يشعر بضرورة الاقتراب من الناس وأن لا يمتنع عن الزيارات أو استقبال الآخرين لأن ذلك أمر أساسي في ثقافتنا وديننا الإسلامي. وهذا ما يزيد حدة الصراع الداخلي

والشعور بالتوتر والقلق والعصبية وأيضاً يزيد شعور الإنسان بالاضطراب في علاقاته الاجتماعية وبالتالي يتجه نحو تعاطي المهدئات النفسية طلباً للهدوء.

وربما يكون أساس الخوف الاجتماعي في بلادنا عميقة عميقة لها أسبابها المتعلقة بالجوانب. فمثلاً ربما يؤدي التغيير السريع في أساليب الحياة والعمل إلى الشعور بالقلق والخوف وعدم القدرة على المواجهة. فالحياة الحديثة تتطلب الاعتماد على النفس والثقة فيها ومواجهة الآخرين وبشكل سلمي فردي وضرورة الإبداع وإبداء الرأي. بينما تشجع أساليب التربية القديمة في المدرسة والبيت والمتوارثة من عصور الاستبداد بحفظ المعلومات عن طريق (الصم) والتلقين إضافة إلى العقاب الشديد والمحرمات والتوبيخ أمام الآخرين. وتشجع الطاعة من المدرس والتلاميذ وتعتبر الطاعة العمياء والخوف من انتقاد الآخرين وليس من انتقاد النفس، ولا تتيح مجال للمناقشة وإبداء الرأي. وتشجع كل ذلك أساليب الخوف والشعور بالنقص والتوتر في مواجهة الناس كما يجعل شخصية التلميذ منكمشة وانسحابية [مرجع رقم ١٧]. ولا تزال العقوبة الصعبة التي تعتبر الفلقة (التعذيب) كالضرب بين يدي المعلم بقضيب كيف يشاء، منتشرة بدرجات مختلفة في عديد من الدول العربية والإسلامية.

وكثير من المرضى يعيشون حياتهم بشكل عادي ويقومون بأعمالهم البسيطة بشكل روتيني إلى أن يتطلب منهم العمل

الحديث المنظم والتطوير عدداً من التجارب والمهارات مثل مناقشة خطة العمل وضرورة إبداء الاقتراحات والرأي حول تطوير العمل ورفع إنتاجيته وغير ذلك من المقابلات والتنقل وبعدها سيزداد درجة القلق والخوف ولا سيما أنهم لم يتعودوا على الثقة بالنفس والمسؤولية الفردية تجاه رؤسائهم وزملائهم وهكذا يراجع بعضهم العيادات النفسية طلباً للعون وهذا ما يؤكد ضرورة الإعداد الأفضل للفرد منذ نعومة أظفاره وتشجيعه على أن يتحمل مسؤولية نفسه وأن يكون قوياً واثقاً بشخصيته وقدراته يستطيع الدفاع عن نفسه ويستطيع أن يحقق رغباته وطموحاته بشكل واقعي

(انظر الفصل التاسع حول الأسباب والفصل العاشر والحادي عشر حول العلاج والوقاية)

وأيضاً ربما يلعب الشعور بالنقص والدونية والشعور بالظلم الذي ارتبط بسنوات طويلة من الاستعمار والتبعية الاقتصادية والعسكرية دوراً في تكوين بعض صفات الشخصية القلقة والخجولة أمام مواجهة الناس وأيضاً في ظهور القلق الاجتماعي ويظهر عدم الحس الاجتماعي مثل هذه الظاهرات حيث نرى أن الشعوب الضعيفة المستعمرة والتي لا تملك أبسط الحقوق تسود فيها صفات الخوف والدونية ويدافع بعض الأفراد المقهورين عن هذه المشاعر المؤلمة بتمثل قيم المستعمر (Identification With The Aggressor) حيث يمارسون أساليب القهر من جديد مع من حولهم ويتحولون

الجمهور إلى قلعة حلبيث . وهذا ما يزيد في احتقار الناس بعضهم ببعض ويسخر بعضهم من بعضهم البعض ويحاولون بحسبهم من يحاولون البروز والخروج من هذه الدائرة السلبية . ويؤدي ذلك إلى وضع الرجل غير المناسب في المكان المناسب . ويبدد الطاقات الخيرة والإيجابية ويزيد الضغوط النفسية في المجتمع والإحباط

وكثيرا ما يلاحظ أن البعض يوجه الانتقادات اللاذعة ويبدي الجهود كي يظهر لأخيه عثرة ويجعله يبدو صغيرا أمام الناس بينما ينظر بعين الرضا إلى أي شيء يذكر بالمستعمر وصفاته . وهذا ما يؤكد ضرورة البحث عن الذات كأمة إسلامية لها تاريخها وأمجادها وأيضا الالتزام بالأخلاق الإسلامية وحب المسلم لأخيه المسلم ومساعدته ومناصرته والتنبه إلى مثل هذه العمليات النفسية الاجتماعية التي تشيع عن التخلف والاستعمار والتبعية . ومن الملاحظات الأخرى التي ترتبط بتكوين المجتمع والتي يمكن لها أن تؤثر في ظهور حالات الانحراف الاجتماعي انتشار القيم الزائفة التي تؤكد على المظهر بشكل كبير ولو كان ذلك على حساب المضمون . مثل الاهتمام بالجمال عند اختيار الزوجة مما يجعل الفتيات الأقل جمالاً عرضة لمشاعر النقص والدونية والارتباك والخجل عند مواجهة الناس . وأيضا محاولة الإنسان ظهوره بمستوى أعلى مما هو عليه في شكله وطعامه وكلامه بشكل يرهقه ويرهق غيره ويضعف ثقته بنفسه ويجعله متوترا خشية أن ينكشف أمره . وكثير من الناس يعيشون وهم

لهذه القيم وأن كلام الناس هو المرجع الأهم. ويؤدي ذلك إلى تضخيم أهمية الناس وما ينتج عنه من القيل والقال، ووصف عديد من الأمور على أنها عيب وغير مقبولة وأنه لا يجب فعل هذا أو ذلك. وكل ذلك مبني على كلام الناس وليس جوهره التفاخر والتباهي والقيم المصطنعة التي تكبل الإنسان وتعيقه وتسبب له مزيداً من التوتر والقلق والحساسية الزائدة لما سيقوله عنه الناس. وبعض الناس يكون مقتنعاً بهذه القيم ولكنه يعتبر نفسه ضعيفاً ومريضاً وغير قادر على مواجهة الناس لنقص فيه. وأما البعض الآخر فهو يشعر بهذا التناقض بين القيم الصحيحة والقيم الزائفة ويرغب بالتعامل بشكل واقعي وصحيح وبسيط مع الآخرين ولكن قلقه وخوفه يمنعانه من ذلك مما يؤدي به إلى المزيد من التوتر.

ومن القيم الاجتماعية الأخرى التي تشجع مشاعر النقص والدونية هي اعتبار أن بعض الأعمال غير لائقة بالإنسان وأنها أعمال وضيعة أو حقيرة. حيث يتنافس الناس في الحصول على أعلى الدرجات وأفضل المهن ومن لا يستطيع ذلك فعليه أن يعيش معذباً لأنه لا يحب عمله ولا يقدره. وتستمر حساسيته تجاه الآخرين ومن هو أفضل منه حالاً سنوات طويلة ولا يستطيع التكيف مع عمله أو ظروفه التي استطاع أن يحصل عليها. وهو لا يقدر نفسه حق قدرها ووزنها وينتقدها ويحاسبها باستمرار. وأحياناً عندما يتعب من ذلك يسقط على الآخرين عقد الاضطهاد وكأنهم هم الذين يحاسبونه ويعتبر أن الناس

لم يعجبهم كلامه أو شخصيته أو مظهره وهذا جزء من أعراض الخوف الاجتماعي

ومن هنا يؤكد ضرورة الاهتمام بالفرد وحقوقه في الحياة الكريمة الآمنة وفي العمل الذي يتناسب مع قدراته وظروفه وقد عد الإسلام أن العمل أساس الحياة وأنه عبادة وأن كل فرد يقوم بواجبه وعمله ويصبر محتسباً على ذلك في الدنيا والآخرة

وإذا بحثنا عن العوامل العصبية التي تسير كثيراً من الدول العربية الإسلامية وإمكانية تأثيرها على انتشار حالات الخوف الاجتماعي نجد أن زواج الأقارب ولا سيما من الدرجة الأولى (ابن العم والخال أو ابن العمة والخالة وسواهم) أنه منتشر (ولا توجد إحصائيات دقيقة حول مدى الانتشار) وهذا مما يؤدي إلى ظهور العوامل الوراثية بشكل أكبر في الأبناء والبنات وهذه العوامل تؤثر في اضطراب الخوف الاجتماعي من خلال الاستعداد للقلق والخوف والذي يرتبط بالأعراض والمواقف الاجتماعية

وكما ذكر سابقاً فإن موضوع انتشار حالات الخوف الاجتماعي في مختلف المجتمعات لا يزال غامضاً ولا بد من الدراسات المقارنة بين المجتمعات لتحديد العوامل الاجتماعية والثقافية النوعية بهذا الاضطراب بشكل أوضح

(انظر الفصل التاسع حول الأسباب)

● ● ●

المضاعفات المرافقة للخوف الاجتماعي

ترافق حالات الخوف الاجتماعي عدد من المضاعفات وذلك بسبب طبيعة الاضطراب نفسه وأعراضه. وقد بينت بعض الدراسات أن حالات الاكتئاب النفسي (Depression) قد تصل إلى ٥٠ ٪ في المرضى الذين يعانون من الخوف الاجتماعي حيث أن الإحباطات المتكررة الناتجة عن الخوف ولا سيما في مجال العمل أو العلاقات الاجتماعية تجعل الإنسان فريسة لمشاعر اليأس من النجاح. وتزداد أفكار الإنسان السلبية عن قدراته ويعتبر نفسه ضعيفا وجبانا. كما أن الخوف يمنعه من أن يعبر عن شخصيته وأن يمارس حياته الطبيعية في لقاء الناس والحديث معهم وتبادل الزيارات والآراء والأحاديث. وهكذا تحدث حالات الكآبة مرافقة قد تكون مزمنة أو مؤقتة بعد فشل أو إحباط في موقف معين له أهمية خاصة في حياة الإنسان.

ويترافق القلق العام (Generalized Anxiety) مع بعض

حالات الخوف الاجتماعي الأخرى. وأيضاً بعض المخاوف المحددة. وفي بعض الحالات يحدث الخوف من أماكن السوق بعد فترة من الخوف الاجتماعي ويقدر نسبة هذه الحالات بـ ٧ ٪ من حالات الخوف الاجتماعي. وقد تبين أن الأشخاص الذين يعتمدون على الكحول والأدوية المهدئة المنومة يوجد بينهم من يعاني من حالات الخوف الاجتماعي. وهم يستعملون الكحول أو الحبوب المهدئة كي يستطيعوا مواجهة المواقف الاجتماعية الصعبة التي تسبب لهم الخوف والارتباك وبعد فترة من الاستعمال يصبح عندهم حالة تعود وإدمان على هذه المواد الكيميائية. وتتطور حالتهم نحو الأسوأ فهم يواجهون مشكلات الإدمان وأخطارها الشديدة الجسمية والنفسية. وبعضهم الآخر قد لا تصل مشكلاتهم إلى حد الإدمان ولكنهم يستعملون هذه المواد في فترات معينة. وتدل الدراسات على أنهم يشكلون حوالي ٢ ٪ من حالات الخوف الاجتماعي في المجتمعات الغربية. [مرجع رقم ٢٦]

وتترافق حالات الخوف الاجتماعي أيضاً باضطراب الشخصية ولا سيما الشخصية الاجتنابية الهروبية وأيضاً تكثر صفات الشخصية الاعتمادية والشخصية الوسواسية. ولا توجد إحصائيات حول نسبة هذه الاضطرابات المرافقة. والعلاقة بين اضطراب الشخصية والخوف الاجتماعي علاقة معقدة. ويعتقد البعض أن اضطرابات الشخصية تنشأ بعد الاضطراب وبعضهم الآخر يعتقد أن حالة الخوف ذاتها تساهم في تكوين

واستمرار صفات الشخصية المضطربة ولا سيما في حال ظهورها المبكر.

وبين الدراسات أن حالات الخوف الاجتماعي تسير سيراً مزمناً. وتزداد الأعراض شدة في حال تغير الظروف المهنية والاجتماعية التي تجبر الإنسان على أن يتعرض للمواقف الاجتماعية أكثر من قبل. وفي هذه الحالات يزداد التوتر والقلق والإحباط ويحاول المريض أن يتجنب هذه المواقف بشتى الوسائل. وقد يؤدي ذلك إلى تدهوره المهني وعدم ترقيته وفي بعض الأحيان يؤدي به إلى أن يخسر مهنته حيث يعتبر أنه غير كفء للقيام بعمله الذي يتطلب مواجهة الناس والتعامل معهم أو التحدث إليهم.

ويمكن في بعض حالات الخوف الاجتماعي أن يمتنع الإنسان عن الزواج بسبب الخوف من التحدث مع الجنس الآخر والخجل الشديد من الأمور الجنسية إضافة إلى الخوف من مقابلة الناس ودعوتهم واستقبالهم في منزله إذا ما تزوج. وتنتشر المخاوف من حفلات الزفاف والاجتماع بعدد كبير من المهنئين والمدعوين وأن يكون الإنسان موضع الاهتمام والانتباه من قبل الحاضرين بشخصيته وربما يعلقون على تصرفاته وشكله بشكل انتقادي. ويعد الخوف طبيعي ومنتشر وقد يصبح مرضياً ويصل إلى درجة شديدة تمنع الإنسان من التفكير في الزواج أو تأجيله سنوات طويلة.

ويمكن لبعض حالات الخوف الاجتماعي الأخرى غير

الشديدة أن تختفي تلقائياً ومن خلال تجارب الحياة وجهود الإنسان المستمرة لمواجهة خوفه والتعرض لمواجهة المواقف المحرجة. وتؤدي التجارب الناجحة والظروف المساعدة التي يحقق الإنسان من خلالها شخصيته ولا يتعرض فيها للانتقاد الصريح إلى بناء الثقة في النفس وإلى تقليل درجة الخوف والتوتر وعدم الشعور بالارتباك والأرق أو القلق.

وتتطور بعض الحالات الأخرى إلى درجة شديدة تؤدي إلى انحباس الإنسان في منزله وامتناعه عن القيام بأي نشاط اجتماعي أو احتكاك مع الناس ويعرف ذلك باسم الاحتباس أو التقيد في البيت (House Bound) وفي هذه الحالات لا يخرج الإنسان من منزله أبداً ويحتاج إلى من يقوم برعايته وشراء حاجاته الأساسية. وقد تختلط هذه الحالات ظاهرياً مع بعض الاضطرابات العصبية الشديدة ولكن معرفة الأعراض المرضية وتاريخ تطور الحالة إضافة إلى الفحص النفسي تبين على أنها ليست حالة اضطراب عقلي وإنما هي حالة من حالات الخوف الاجتماعي العصابية التي تطورت إلى درجة شديدة. [مرجع رقم ٢٢]

● ● ●

الفصل الثامن

حول الأسباب

تتعدد الأسباب التي تساهم في نشوء حالات الانحراف الاجتماعي العصابية. ويختلف ذلك العدد عن معظم الاضطرابات النفسية. ولا تزال الدراسات مستمرة لإعطاء معلومات أكثر حول كيفية ومدى تأثير كل سبب على حدة.

ويمكن القول أن الطب النفسي يختلف عن كثير من فروع الطب الأخرى من حيث وصوله الأكيد إلى تحديد أسباب الأمراض والاضطرابات النفسية. ويرجع ذلك إلى عدد من العوامل ومنها: طبيعة الإنسان نفسه. فالإنسان بمكوناته الجسمية والعقلية والروحية والاجتماعية لا يزال لغزاً كبيراً من الناحية العلمية. وكذلك لصعوبة إجراء الدراسات الدقيقة وتكرارها، وتعقيد مادة البحث نفسه، وأيضاً صعوبة إعطاء كل عامل مؤثر وزنه وأهميته من حيث تأثيره على الإنسان.

كما أن اختلاف الآراء حول تصنيف الاضطرابات النفسية

وتجريبه ومكتشفاتها له دور في تقدم البحث العلمي وتبادل الآراء وتعميم النتائج وغير ذلك . وقد تمت تطورات وكشوفات هامة في وسائل التشخيص ومعرفة المخ البشري وجهاز الأعصاب من الناحية التشريحية والفسيولوجية والكيميائية . وظهرت الأجهزة الحديثة التي تسجل وظائف المخ في حالة اليقظة والنوم وخلال مختلف العمليات العقلية . كما تطور العلاج الكيميائي وتأثير دواء معين على الجسم والجهاز العصبي . وأمكن دراسة العمليات الدقيقة التي تجري في جسم الإنسان في الحالات الطبيعية والمرضية المتنوعة وأثناء العلاج وبعده .

ومن المتوقع أن يحدث تقدم أكبر في فهمنا للاضطرابات النفسية . ويختلف الباحثون في مدى توقعهم حدوث التقدم حيث أن البحث العلمي يتركز أكثر في العوامل العضوية الكيميائية بينما النواحي الأخرى النفسية والتربوية والاجتماعية لا يزال البحث فيها أقل تقدما . والنظرة الشمولية تؤكد على أنه لا بد من تناول الإنسان واضطراباته النفسية من مختلف الزوايا العضوية والنفسية والاجتماعية دون النظرة الضيقة التي تؤكد على العوامل العضوية الكيميائية فقط .

وفي حالات الخوف الاجتماعي تبرز هذه العوامل الثلاثة معاً في فهمنا نشوء الاضطراب . وفي مناقشة الأسباب المتعلقة بحالة معينة مرضية ربما تبرز أهمية عوامل معينة بينما العوامل الأخرى تكون أقل تأثيرا . وفيما يلي عرض ومناقشة لمختلف الأسباب العضوية والنفسية والاجتماعية وفقا لعدد من الدراسات

والنظريات التي تحاول تفسير نشوء حالات الخوف الاجتماعي

وفي البداية لابد من الإشارة إلى أن معظم الباحثين يعتبرون أن القلق الاجتماعي وخوف الإنسان من الآخرين هو أمر فطري وطبيعي وموجود عند جميع البشر. وهذا القلق إيجابي ويدفع بالإنسان إلى أن يظهر بمظهر حسن وجيد أمام الآخرين ويجعله منتبهاً للغة الناس ويظهر أحسن ما عنده من آراء وكلمات وتصرفات. ويدفعه هذا القلق الطبيعي لاكتساب قدرات اجتماعية أكثر ومهارات عامة. وعادة تخف درجة القلق مع تكرار مواجهة المواقف وأيضاً خلال نفس الموقف. ويعتقد البعض أن حالات الخوف الاجتماعي تختلف من الناحية الكمية فقط عن القلق الاجتماعي الطبيعي فهي تمثل درجة شديدة ومتطرفة من القلق بسبب عوامل متعددة. وأما البعض الآخر فهو يعتقد أن حالات الخوف الاجتماعي تختلف اختلافاً نوعياً وليس فقط في الدرجة عن القلق الاجتماعي الطبيعي ويربط بهذا الاختلاف النوعي أسباباً مرضية عضوية بشكل أساسي. وفي الوقت الحاضر لا يوجد ما يثبت هذه النظرية أو تلك.

□ العوامل العضوية والوراثية

بينت دراسة في النرويج عام ١٩٨٩ أجريت على ٩٥ من التوائم الحقيقية أن التوائم الحقيقية تشترك بنسب أكثر من التشابه في مظاهر الخوف الاجتماعي مقارنة مع التوائم غير الحقيقية. وهذه المظاهر هي الخوف والرهبة في حال تناول

التعامل مع الغرباء، وأن يكون الإنسان موضع مراقبة الآخرين أثناء العمل أو الكتابة. وتدل هذه الدراسة على وجود عامل وراثي ربما يساهم في تكوين الخوف الاجتماعي. وهناك عدد من الآراء والفرضيات التي تحاول تفسير ومرجعه العامل الوسيط والعمليات العصبية العضوية التي تتعلق به. ولا يوجد رأي ثابت في الوقت الحاضر حول ذلك. ويرتبط هذه العوامل الوراثية بظهور اضطراب معين سرعان ما ظهوره في الآباء أو الأمهات أو الأبناء أو الأخوة وأيضاً في الأشخاص ذو القرابة من الدرجة الأولى. ولا يوجد إلى الآن أية دراسة علمية تبحث في هذا الموضوع في حالات الخوف الاجتماعي [مرجع رقم ٣٦] ودراسة ذلك ضرورية ومهمة وتلقي المزيد من الضوء حول العوامل الوراثية وأهميتها.

ويعتقد بعض الباحثين أن هناك اضطراباً ذهنياً أساسياً يرتبط بالتكوين الجسمي والعصبي للإنسان جوهره الاستعداد المرضي للقلق. وهو يهيء لظهور حالات القلق الحاد والخوف من أماكن السوق والخوف الاجتماعي. ولا يوجد دليل واضح على ذلك ولا سيما أن معظم حالات الخوف الاجتماعي لا تترافق مع اضطراب القلق الحاد الذي يأتي فجأة ودون ترابط بالمواقف الاجتماعية. كما أن نسبة قليلة من حالات الخوف الاجتماعي تتطور إلى حالات الخوف من أماكن السوق.

والحقيقة أن أعراض القلق في حالات الخوف الاجتماعي تشبه أعراض القلق الحاد من حيث وجود أعراض لزيادة ضربات

القلب والتنفس السريع السطحي والرجفة وغير ذلك وهذه الأعراض مرتبطة من الناحية الفسيولوجية بنشاط الجهاز العصبي الذاتي (Autonomic Nervous System) والذي ينتج عنه ارتفاع مستوى مادة «الأدرينالين» في الدم ومصدر ارتفاع هذه المادة الكيميائية هو الجهاز العصبي المركزي (الدماغ) في حالة القلق الحاد بينما في حالة الخوف الاجتماعي هو العقد العصبية المحيطية كما بينت الدراسات الدوائية التي وجدت تحسناً كبيراً عند إعطاء مادة مضادات «بيتا أدرينالين» في حالات الخوف الاجتماعي وعدم التحسن في حالات القلق الحاد وهذه الأدوية لا تعبر الحاجز الدموي الدماغي ولا تؤثر على الدماغ بينما تأثيرها الأساسي في الجهاز العصبي الذاتي (وليس المركزي الدماغي)

ويعتقد بعض الباحثين أنه في حالات الخوف الاجتماعي يحدث إثارة خاصة للجهاز العصبي الذاتي وهي إما أن تكون بدرجة شديدة غير طبيعية أو أن مدتها تكون طويلة حيث أن الدراسات وجدت أن الأشخاص العاديين عندما يطلب منهم إلقاء كلمة أمام الناس يحدث لديهم ارتفاع في مادة «الأدرينالين» في الدم حوالي ضعفين إلى ثلاثة أضعاف من الحالة ما قبل الحديث إلى الناس ولكن هذا الارتفاع لا يكون شديداً ويكون وجيزاً

وهذا الاختلاف العصبي في شدة الإثارة ومدتها بين الأشخاص الطبيعيين والمصابين بحالات الخوف الاجتماعي ربما

يكون الأساس الفيزيولوجي الكيميائي العصبي لحالات الخوف الاجتماعي. ويمكن لعدد من العوامل والمؤثرات العضوية والتكوينية العصبية وغيرها من العوامل المكتسبة أن تؤدي إلى هذه الظاهرة. ولا يزال سبب هذه الظاهرة مجهول [مرجع رقم ٢٦]

وقد تبين بعض الدراسات ترافق حالات الخوف الاجتماعي مع قصور الصمام التاجي (Mitral valve prolapse) وكانت نسبة ذلك ٢٥ ٪ في إحدى الدراسات [مرجع رقم ٤] وهو مرض وراثي يصيب حوالي ٥ - ١٠ ٪ من الناس وهو مرض سليم إلا في حالات قليلة. وأعراضه بشكل أساسي الآلام في الصدر والتعب الجسمي إضافة إلى الخفقان واضطرابات نظم القلب. وأحياناً يكون دون أعراض ظاهرة [مرجع رقم ٢٥] وهذا المرض يترافق مع حالات نفسية أخرى مثل حالات القلق الحاد. ولا يزال تفسير هذا الارتباط غير واضح. وربما يؤدي اضطراب نظم القلب إلى زيادة مشاعر الخوف والقلق عند الشخص ويجعله حساساً بشكل خاص لأية تغيرات جسمية مرافقة لأعراض القلق الطبيعي وربما بعد ونتيجة عوامل إضافية تتكون هذه المخاوف من المواقف الاجتماعية. وقد يكون هناك عاملاً مشتركاً يتظاهر بقصور الصمام القلبي التاجي وزيادة حساسية الجهاز العصبي الذاتي وزيادة استثارته وغير ذلك من التفسيرات.

وفي ملاحظاتي الخاصة بحالات الخوف الاجتماعي

(دراسة قيد الإجراء) تبين أن عدداً من المرضى يشكون من اضطرابات في الجهاز التنفسي العلوي مثل انحراف وتيرة الأنف (Nasal Septal Deviation) والزوائد الأنفية (Nasal Polypes) وأيضاً عدم سوائية التجويف الأنفي بسبب عدد من الأسباب كالرضوض والالتهابات والتحسس. وقد يؤدي ذلك إلى خلل فيزيولوجي في عملية الشهيق والزفير ويجعل التنفس الطبيعي ناقصاً وغير كافٍ مما يؤثر بصورة على الوظائف النفسية التنفسية وربما يساهم ذلك في زيادة أعراض القلق الطبيعية في المواقف الاجتماعية ويجعلها أكثر شدة أو أطول مدة. وربما تؤدي هذه الاضطرابات مع وجود عوامل إضافية إلى نشوء بعض حالات الخوف الاجتماعي. وقد تكون هذه الأمور التنفسية المرافقة مجرد ارتباط عرضي وليس سبباً. وقد يكون التأثير قليلاً وجانبياً. ولكن ربما يساعد تصحيح هذه الاضطرابات التنفسية في التخفيف من شدة الأعراض المرافقة للخوف الاجتماعي وانتظام عملية التنفس. وتحتاج مثل هذه الملاحظات إلى دراسات أكثر تبين مدى صحتها وأهميتها العلاجية.

ومن المعروف أن معظم الباحثين يعتقدون أن للجهاز التنفسي في اضطرابات القلق بشكل عام أهمية خاصة. وأن القلق مرتبط بالتنفس السطحي والسريع. وتدل الملاحظات على الأطفال الرضع أنهم يتنفسون بشكل عميق حيث يستخدمون عضلات البطن. وتقوم معظم الأساليب النفسية للسيطرة على القلق وأيضاً ما يسمى العلاج بالاسترخاء (Relaxation Therapy)

عن التمرين على التنفس العميق والهادئ. وهذا بدوره يؤدي إلى زوال التوتر والقلق، إضافة إلى أنه يشكل تحدي يساعد الإنسان على عدم استطلاع نفسه أثناء الكلام والحديث أمام الناس كما يحدث في العلاج في حالات الخوف الاجتماعي.

(أنظر الفصل العاشر حول العلاج بمزيد من التفاصيل)

□ العوامل النفسية

تعتبر مدرسة التحليل النفسي أن المخاوف المرضية هي تحويل للقلق الداخلي المرتبط بالرغبات والنزعات المكبوتة إلى موضوع الخوف نفسه ومن ثم الخوف منه. وينطبق ذلك على الخوف الاجتماعي أيضاً.

والرغبات الشخصية المكبوتة التي ينتج عنها القلق الداخلي ترتبط أساساً بـ (عقدة أوديب) وهي التنافس والصراع مع الأب من نفس الجنس من أجل الفوز بالأم وحبها. وترتبط هذه الرغبات التنافسية العدوانية والجنسية والرغبة في الظهور والتفوق عموماً بالشعور بالذنب والإثم والتقليل من أهمية الذات ومشاعر النقص وهذا بدوره يرتبط بعقدة الخصاء (Castration Complex) وهي نوع من القلق المستمر والخوف الداخلي المرتبط بتهديد الذات في تكوينها وقصورها عن مصادر القوة والسلطة حيث تتكون داخل الإنسان مجموعة من التصورات والآراء المتناقضة حول نفسه ورغباتها. وفي حال التعبير عن مثل هذه الرغبات في

الموقف الاجتماعي مثلا يولد القلق والتوتر بمثابة عدم إمكانية مثل هذا التعبير وكونه مقبولا من جمهور من الناس ويولد التردد والتوتر ويستمر هذا القلق والصراعات بمحاولاته لتتعدد المظاهر ومنها الخوف الاجتماعي

وبعض هذه الآراء التحليلية متكلفة وصعبة الفهم أو أنها غير مقبولة. وما يهمنا هنا هو الإشارة إلى وجود صعوبات نفسية ذاتية وصراعات داخلية وعقد تساهم في زيادة القلق والخوف المرتبط بالمواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد. ومن المفيد فهم هذه الصراعات في كل حالة على حدة والمضي في طريق الحل أو التعديل أو التغيير

ومن النظريات النفسية الأخرى التي تحاول تفسير حالات الخوف الاجتماعي أن الإنسان يسقط ضميره الشخصي الشديد المتطرف على الآخرين. ويظهر لشدة هذا الضمير وتعذيبه للإنسان ولنفسه وتحطيمها المستمر فإن القلق الناتج عن ذلك كبير يصعب احتماله

فالضمير جزء من الإنسان نفسه والصراع معه قد يبلغ درجة لا تطاق ولذلك فإنه يسقط على الآخرين كثيراً من محتويات ضميره هو وطريقته القاسية اللاذعة في انتقاد نفسه فهو يعتبر أن الآخرين يتهامسون عليه أو يسخرون منه أو ينتقدونه عند مقابلتهم أو التحدث أمامهم وهذا يفسر أعراض الخوف الاجتماعي [مرجع رقم ٤٠]

ولقد وجدت بعض الدراسات أن ارتفاع الشعور بالفردية

وارتباط مشاعر التمرد وعدم الانقياد يرتبط بحالات الخوف الاجتماعي. وبالطبع فإن كل إنسان يحب نفسه ويرغب في أن يكون مبتكراً خلاقاً ومختلفاً وليس نسخة طبق الأصل عن شخص آخر أو الآخرين. كما أن مشاعر عدم الرضا والتمرد تشكل دافعاً نحو التغير والتطور الإيجابي في كثير من الأحيان وبعض الناس لا يستطيع التعامل مع هذه المشاعر الشخصية بشكل إيجابي بل يرتد لقلقه وتوتره ويؤدي ذلك إلى الخوف والارتباك في المواقف الاجتماعية [مرجع رقم ١٤، ١٨، ٢٦]

كما يبدو بعض الملاحظات العيادية أن بعض مرضى الخوف الاجتماعي لديهم صعوبة خاصة في التعامل مع المشاعر العدوانية والتي تظهر بشكل انتقاد أو عدم الموافقة في الرأي أو عدم الرضا عما يجري من أحداث أو تصرفات. ولكنهم لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم وآرائهم بشكل مقبول وذلك لعدد من الأسباب مثل ضعف قدرتهم النفسية ومهاراتهم المناسبة أو بسبب شدة هذه المشاعر التي يؤدي التعبير عنها إلى إيذاء الآخرين وإزعاجهم، أو بسبب القلق والتوتر الشديد الذي تحدثه مثل هذه المشاعر في داخلهم. ويؤدي ذلك إلى أعراض القلق والخوف من هذه المواقف والتردد والصمت عندئذ، وفي بعض المواقف يمكن لهذه المشاعر أن تنفجر ويحدث التعبير اللاذع وعدم الموافقة والانتقاد للآخرين.

ويفيد في هذه الحالات معرفة أسباب المشاعر العدوانية وتفهمها إضافة إلى الأساليب الإيجابية والمقبولة في تصريفها

مثل الرياضة وغيرها. كما أن التمرين العملي على التعبير عن الغضب بأشكال وكلمات متعددة يساعد في إغناء الشخصية وأساليبها في التعبير الإنفعالي وازدياد القدرة على تنظيم المشاعر العدوانية بشكل صحيح ومتكيف.

ومن الملاحظات العيادية الأخرى أن عدداً من مرضى الخوف الاجتماعي لديهم تصورات خاطئة عن أنفسهم من النواحي الجنسية حيث يفكر في داخلهم أنهم ربما يكونون شاذين جنسياً أو ناقصين من النواحي الجنسية وأن الآخرين ربما يلاحظون ذلك.

ويرجع ذلك في الغالب إلى المعلومات الخاطئة إضافة إلى بعض الصراعات النفسية اللاشعورية والتجارب الخاطئة وعقد الذنب المرتبط بالأمور الجنسية يكثر عادة في مرحلة المراهقة وما بعدها، وهو يرتبط بعدد من الاضطرابات النفسية ومنها الخوف الاجتماعي.

☐ العوامل السلوكية والبيئية والمعرفية

اهتمت المدرسة السلوكية في تفسير حالات الخوف الاجتماعي بدراسة التجارب المؤلمة والصدمات التي يتعرض لها الشخص خلال تاريخ حياته. وقد استخدمت مفاهيم بسيطة تعتمد على التعميم والتعلم الشرطي (Conditional Learning) والمكافآت (Rewards) والنتائج المترتبة على سلوك معين.

وإذا تعرض الإنسان لموقف اجتماعي مؤلم ومزعج فإنه

يتعلم أن هذا الموقف أو ما يشابهه من المواقف سيكون مؤلماً ومزعجاً، وهكذا ينشأ الخوف الاجتماعي بعد تجربة سيئة أمام الآخرين حدث له فيها تعثر أو خفقان شديد في القلب أو رعشة أو ارتعاد ولم يستطع أن يتخلص من ذكرها وتأثيرها السلبي على نفسيته وحياته.

وبعض الأشخاص ممن لديهم حالة الخوف الاجتماعي يتذكر مثل هذه المواقف وبعضهم الآخر لا يتذكرها. ووفق نظرية التعلم فإن التذكر ليس شرطاً أساسياً وتفترض النظرية أن الإنسان قد مر بتجارب ربما تكون شديدة وذكراها قد زالت من الذاكرة ولكن تراكمات الصدمات والتجارب المؤلمة يؤدي في الإنسان إلى نشوء سلوك اجتنابي وما يرافقه من خوف وقلق من الموقف المثير للألم.

ومن الفرضيات الأخرى السلوكية أن المرضى الذين يشكون من الخوف الاجتماعي يحدث عندهم حساسية عالية تجاه الأعراض الجسمية المرافقة للقلق وقد تعودت أجهزة أجسامهم وأعصابهم على تلك الحساسية. وينتج عن ذلك أنهم قد تعلموا أن المواقف الاجتماعية ترتبط بزيادة في التوتر والقلق وهم بالتالي يخافون هذه المواقف ويبتعدون عنها ولا يواجهونها ونفترض أيضاً أن ردود أفعالهم تجاه القلق الجسمي الطبيعي هي ردود متطرفة ويفسر ذلك بتعلم الضيق والشرود عن الاستجابة المتطرفة تجاه القلق.

وهكذا يمكن القول بأن استجابة الخوف والقلق تستثير اب

الاجتماعية هي عادات خاطئة وغير ملائمة. ويقوم العلاج على إعطاء المريض عادات جديدة أكثر تكيفا في المواقف الاجتماعية من خلال تغيير ما يسبق السلوك نفسه والنتائج التي تليه [مرجع رقم ١٨، ٣٣]

وتعتبر المدرسة النفسية النمائية (Developmental Psychology) التي تهتم بدراسة مراحل النمو وتطور قدرات الإنسان منذ طفولته المبكرة إلى سن الشباب أن السبب الرئيسي في حالات الخوف الاجتماعي هو عدم اكتساب القدرات الاجتماعية المناسبة أو نقص هذه القدرات. حيث إن التعامل مع الناس يحتاج إلى قدرات متعددة مثل النظر في وجه الشخص الآخر أثناء الحديث معه وإظهار الاهتمام بكلامه من خلال وضعية جسمه وهز الرأس وغير ذلك. كما يحتاج أيضا إلى الاستماع ثم اختيار الوقت المناسب للكلام، وأيضا معرفة ما يريده الطرف الآخر والتعاطف مع رغباته وقراءة تعبيرات وجهه ومعنى كلامه. فإذا تحدث الإنسان حديثا مملا أو غير مناسب يمكن أن يفسر ذلك من ردود فعل الآخرين، وعليه أن يغير موضوعه أو يخفف المزح بكلمته أو ما شابه ذلك. كما أن مواقف التوتر والإحراج تحتاج لقدرات معينة في تهدئة الموقف وتخفيفه أو تحمله ومواجهته.

وعندما يريد الإنسان أن يطلب طلبا معينا أو يعبر عن رغبة ما عليه أن يدرك كيفية ذلك وأن يتعلم عددا من الطرق والأساليب ليعبر عن نفسه بشكل صحيح وفعال.

ويرتبط اكتساب المهارات الاجتماعية بالبيئة المحيطة بالإنسان وبتشجيع من حوله وتشجيعهم حيث يتعلم الإنسان من الآخرين ويقلدهم. كما ترتبط بوجود الفرص المناسبة للتعلم من الأقران ومن الكبار. وقد وجدت الدراسات أن الأسر التي تنتقل كثيرا في عدد من المدن أو البلدان يزداد في أبنائها حالات الخوف الاجتماعي. ويعود ذلك إلى عدة عوامل منها عدم إتاحة الوقت الكافي لإقامة علاقات اجتماعية مستمرة ومتكررة مما يجعل فرص الأبناء أمام اكتساب هذه المهارات وتطويرها قليلة [مرجع رقم ٢٣ ، ٣٦ ـ ٤٠].

ويقوم العلاج وفق هذه النظرية السلوكية على اكتساب المهارات الاجتماعية وتطويرها من خلال التدريب المتعدد بشكل فردي وجماعي. كما أن لهذه النظرية أهمية كبيرا في مجال الوقاية حيث يبرز أهمية تهيئة الفرص المتكررة للأطفال والمراهقين والكبار للتعبير عن أنفسهم وتدريبهم على مواجهة المواقف الاجتماعية المتنوعة وإكسابهم المهارات المطلوبة في التحدث أمام الناس ومعهم.

وترى المدرسة المعرفية (Cognitive School) والتي تعطي أهمية كبيرة لأفكار الإنسان عن نفسه وعن الآخرين وعن المستقبل فهي تعتبر أن السبب الرئيسي للخوف الاجتماعي يكمن في طريقة تفكير الإنسان عن نفسه وعن غيره فهو ينظر إلى نفسه نظرة سلبية ويقلل من إنجازاته ونقاط القوة فيه ويضخم نقاط ضعفه وقصوره.

ومن ناحية ثانية يعطي للآخرين ونظرتهم وآرائهم أهمية كبيرة غير واقعية ويحاول أن يرضيهم بشتى الوسائل وكسب رضى الناس غايته الكبرى

وقد وجد الباحثون أن عدداً من الأفكار التلقائية التي يفكر بها الإنسان تشكل جزءاً من اضطراب الخوف الاجتماعي وهذه الأفكار سلبية بشكل عام وتتردد في ذهنه بشكل متكرر وأوتوماتيكي (Automatic Thoughts) وهي ترتبط بمجموعة أخرى من الفرضيات الأساسية للشخص نفسه حول ذاته والآخرين ومثال ذلك أن الشخص يتردد في ذهنه أن كلامه ممل أو أن الناس يلاحظونه باستمرار كي يسألوا عنه وينتقدونه. والفرضية الأساسية في التفكير هي «أنني أقل أهمية من الناس وأن الناس كلهم شر بالإزعاج» ويتوصل الإنسان إلى مثل هذه الأفكار من خلال أخطاء في طريقة التفكير مثل التعميم من خلال تجارب قليلة أو التضخيم لأمور بسيطة أو الاستنتاج الاعتباطي الافتراضي في أحيان أخرى

ويقوم العلاج المعرفي على استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية أكثر وتغيير عادات التفكير الخاطئة وتعديلها [مرجع رقم ٣٨ ـ ٤٠]

(أنظر الفصل العاشر حول العلاج لمزيد من التفاصيل)

◻ العوامل الأسرية والثقافية والاجتماعية

تلعب العوامل الأسرية دوراً هاماً في نشوء حالات الخوف الاجتماعي. وقد بينت بعض الدراسات أن المرضى المصابين بالخوف الاجتماعي يذكرون في تاريخ شخصيتهم أن طفولتهم كانت غير سعيدة وأنهم عانوا من الحرمان العاطفي والمادي وأن علاقاتهم بوالديهم كان يسودها البعد العاطفي والبرود إضافة إلى عدم التقبل والرفض من الأهل.

وهذه الذكريات تساهم غالباً في تكوين مشاعر النقص كما تؤدي إلى ارتباط مشاعر الإحباط والعدوانية والتوتر وعدم الرضا عن النفس، ويشترك في مثل هذه الذكريات كثير ممن يصاب بمختلف الاضطرابات النفسية وليس الخوف الاجتماعي وحده.

وفي دراسات أخرى كان تقييم مرضى الخوف الاجتماعي لعلاقاتهم مع أمهاتهم في المراحل المبكرة في حياتهم بأنها كانت تتصف بالحماية الزائدة بشكل عام ومن أنه احتمال لتطور ومن ناحية أخرى فإن الفرص لاكتشاف الحياة بشكل تلقائي وذاتي ضعيفة. حيث أن مراقبة الأهل الشديدة وانتقاداتهم وتوجيهاتهم المتكررة وعدم رضاهم عن التصرفات العادية الطفولية تؤدي إلى مرض القيود الكثيرة والخوف والارتباك عند القيام بأي عمل قد لا يكون صحيحاً.

وهذه الدراسات السابقة تعتمد على ذكريات المريض فقط وهي تتعلق بمرحلة مضت من تاريخ الإنسان وهي تسمى

بالدراسات الاسترجاعية (Retrospective Studies) ويعتبر العديد أنَّ من الدراسات التتابعية المستقبلية (Prospective Studies) دقة لأن الإنسان يمكن له أن ينسى ذكرياته الماضية بسبب الظروف والأحوال الحاضرة إضافة إلى تداخل الذكريات وعوامل النسيان وغير ذلك. وما في الدراسات التتابعية المستقبلية فإنه يتم دراسة مجموعة من العوامل في عدد من الأشخاص ويجري المتابعة ودراسة هذه العوامل بعد فترة محددة أو بشكل مرحلي زمني.

وهذه الدراسات في مجال الأسرة والتربية صعبة وشاقة حيث يجب دراسة صفات الأسرة والأساليب الأسرية في مجموعة من الأطفال ثم متابعة حالاتهم سنوات طويلة ومعرفة الآثار التربوية ودرجة الارتباط بين صفات تربوية معينة وبين اضطرابات نفسية أو غيرها. ونتائج مثل هذه الدراسات أكثر صحة ودقة من الدراسات الاسترجاعية.

ويمكن للأسرة أن تؤثر في ظهور حالات الخوف الاجتماعي من خلال سلوك الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت الأكبر سناً. وذلك من خلال التقليد وتمثل السلوك المضطرب وأيضاً الاستبطان (Introjection) وغيره من العمليات النفسية التي تدفع الطفل إلى التمثل بأحد الوالدين أو الأخوة وتكرار أساليبه الاجتنابية وتصرفاته الخجولة المرتبكة في المواقف الاجتماعية وأيضاً حفظ معتقداته وآرائه وتمثل خوفه وقلقه من الآخرين.

كما يؤدي التوتر الأسري والمشاكل بين الأبوين إلى زيادة القلق في جو الأسرة ويساهم ذلك في زيادة السلوك الانكماشي

والانسحاب عند واحد من أفراد الأسرة أو أكثر.

والأسرة وفقاً لنظرية الأنظمة أو المنظومات (Systems Theory) تتكون من وحدات متفاعلة باستمرار والعمليات والسلوكيات التي تحدث في أحد أطرافها تؤثر على الطرف الآخر. وعندما تواجه هذه الوحدات المتفاعلة معاً خطراً أو مشكلة ما يهدد توازنها الداخلي ويربك التوازن، والسلوك المضطرب يمكن له في بعض الحالات أن يمتص هذا التوتر الزائد ويحافظ على تماسك الأسرة من جديد.

وهكذا يمكن لظهور المرض وبعض علامات المرض عند أحد أفراد الأسرة أن يلعب دوراً مهماً في تماسك الأسرة أثناء مواجهتها لخطر ما حيث تتحول الأنظار إليه والجهود لمساعدته وتقديم العون المشترك له وهذه صورة مريحة لتمسك الفرد بأعراضه. ويمكن أن تزداد أعراضه حدة في حال مواجهة الأسرة لما تجد خطراً جديداً يهددها بالتفكك والتحطم، مثل ما يحدث لبعض الأطفال والمراهقين في الأسرة التي يكون فيها الزوجان على وشك الانفصال وغيرها من الأسباب التي تهدد بالتفكك.

ومن ناحية أخرى فإن التوازن في الأسرة يتطلب وجود أحد الأطراف الذي يمثل في سلوكه نوعاً من الضغط السلبي في مقابل تواجد الضغوط الإيجابية في ناحية أخرى. فالزوج العصبي كثير الهياج تعوده زوجته على الهدوء والبرود لتعديل المواقف.

ومن الملاحظات العيادية أنه يمكن للزوج (أو للزوجة) أن يساعد على تأكيد السلوك المضطرب والهروب من المواقف الاجتماعية والخوف من إقامة علاقات جديدة من خلال سلوك الطرف الآخر المعاكس. كأن يكون الزوج مثلاً متعدد العلاقات والسهرات ولا يجلس في بيته إلا قليلاً وأيضاً يكون جريئاً مسيطراً ومتكلماً يتحدث كثيراً ولا يمنح لغيره باب الحديث أو إبداء الرأي. وهذا ما يؤدي إلى تثبيت سلوك الخوف والارتباك والانسحاب الاجتماعي عند الطرف الآخر. لأن الزوج بشكل ضمني يدعم السلوك المضطرب ولو أنه في بعض الأحيان ينتقد زوجته على ارتباكها وخجلها. وبعكس حالة الزوجة من ناحية خوفها الاجتماعي ربما يؤدي إلى اختلال التوازن في الأسرة كلها. مما يتطلب وعياً مشتركاً بهذه المشكلات الأسرية وتفهمها ومساعدة الطرفين معاً على التغيير واكتساب السلوك الإيجابي المتعاون الذي يضمن الحفاظ على الأسرة ومصالحها بشكل صحي سوي.

وتلعب بعض الأمور التربوية دوراً في تثبيت الخوف من المواقف الاجتماعية مثل إطلاق الصفات وإلصاق النعوت والصفات (Labeling) على الشاب المراهق أو الطفل كأن يسمى بأنه خجول أو ضعيف أو أنه لا يتكلم أو غير ذلك في البيئة المنزلية أو المدرسية. حيث يمكن أن تكون هذه السلوكيات مؤقتة وعابرة ومرحلية ولها أسبابها المفهومة ولكن إلصاق مثل هذه الصفات بالإنسان واعتبارها أمراً ملتصقاً به ومعروفاً عنه يزيد في

تلويثه ويجعل عليه من الصعب أن يتجاوز هذه الصعاب والصعوبات. وفي النهاية تصبح أهميته وقيمته واضحة. وفي بعض الحالات الأخرى نجد أن الأهل أو المدرسين يستخدمون في أبنائهم وطلابهم صفات الطاعة العمياء والاعتمادية والتزام الصمت وعدم إبداء الرأي إضافة إلى السلوك المكبوت المقيد الهادئ. ويعتبرون ذلك صفة حميدة وأن ذلك نوع من التهذيب الشديد والمثالي. ويرى هؤلاء أنه علامة لسلامة النمو الأخلاقي السليم الذي يعني الابتعاد عن الفحش وترك القبيح من القول والعمل (راجع مرجع رقم (٢) صفحة ١٩٨ باب الحياء) (الحياء يعني الخجل بالكلمة الدارجة العامية ولكن ليس بالمعنى الديني) وعندما يتقدم في العمر ويجب أن يواجه الحياة والناس يجد نفسه خائفاً قلقاً وغير واثق بنفسه وقدراته الذاتية وتنقصه الجرأة في إبداء رأيه والتعبير عن رغباته

ومن الأمور التربوية الهامة التي تساهم في تكوين الخوف الاجتماعي كثرة الأوامر والنواهي والممنوعات وتطبيق التعليمات والقواعد التي يجب اتباعها في المواقف الاجتماعية، والجمود وعدم المرونة وشدة العقاب في حال عدم تطبيقها [مرجع رقم ٤] حيث يؤدي ذلك إلى زيادة القلق والشعور بالحرج والتقيد والخوف ومراجعة النفس المستمرة حول ما إذا كان تصرفه مثلاً مطابقاً لتلك الشروط أو أنه خاطئ، وغير صحيح. وفي حال حدوث أخطاء ومن ثم العقاب الصارم فيزيد الشعور بالضعف والنقص ويزيد كما تزيد مراقبة النفس فيما بعد ويصبح الإنسان

حيث يسلك في تصرفاته مع الآخرين ويضعف قدرته على
التعبير التلقائي عن نفسه ورغباته مما يزيد في معاناته ويساهم
في تحديد مواقفه الاجتماعية والخوف منها

وأما بالنسبة للأمور الاجتماعية والثقافية فإن هناك
عدد من العوامل التي يمكن أن تؤثر سلبياً أو إيجابياً في نشوء
حالات الخوف الاجتماعي أو التخفيف منه وذلك من خلال
تأثيرها على طرق التربية والقيم والأفكار الاجتماعية والصورة
نفسها

ومن العوامل السلبية عدم وجود فرص التعبير عن الذات
وندرة هذه الفرص وعدم التأكيد على أهمية الفرد وحريته
ومشاركته وتشجيعه على تطوير شخصيته وتنمية مواهبه وقدراته
حيث يساهم في ذلك بناء الثقة الشخصية في النفس وضعف
القدرة على التعبير الذاتي

ويجب التأكيد على أهمية مهارات الآخرين وتشجيعهم على
تقييم الناس بدلاً من الخوف من التقييم الشخصي إضافة إلى
ربط أهمية المظاهر الخارجية والشكل بدلاً من المضمون
[مرجع رقم ١٤ ص ١٢ – ٢٣]

ويلعب السلوك الانسحابي التجنبي للفرد واضطراباته
دور هاما في سوء الفرد وحساسيته لهم بالمحيط العدواني
الاجتماعي الذي لا يتقبل الفرد ويتحكم عليه ويسخر منه له دور
كبير وهام وقد لاحظت الباحثة الشخصية التي يؤكد على الحجم
أو الطفل الوحيد

وأن المحيط الاجتماعي الذي يتقبل الفرد ويدعمه عبر المشاركات المتنوعة تعطيه صورة إيجابية.

ومن هنا [illegible] نجد حتى حقوق الأشخاص ذوي [illegible] المختلفة الجسمية وغيرهم ممن لديهم أمراض مزمنة مشابهة للأشخاص ذوي [illegible] من حيث [illegible] الجسمية أو العقلية أو المهنية وقد وجد أن التفرقة الاجتماعية واضطهاد المعوقين أو الأقليات الأخرى في المجتمع العربي له دور سلبي واضح في إضعاف الثقة بالنفس وزيادة الانحراف الاجتماعي [مرجع رقم ٢٢] وربما يكون هناك عوامل [illegible] واجتماعية إضافية تلعب دورها وترتبط بالمحور الأساسي الذي يجمع هذه العوامل وهو يتلخص في كيفية تطور صورة الإنسان عن نفسه ومدى ثقته بها وقدرته على التعبير عن نفسه [illegible] أمام الآخرين.

والأسرة التي تساعد على تكوين صورة إيجابية عن أبنائها وتهيئ له الفرص المناسبة للتعبير عن نفسه و [illegible] تلعب دور وقائي وعلاجي.

وأما الأسرة التي تساعد في تكوين صورة سلبية عند [illegible] ولا تهيئ له الظروف المناسبة للتعبير عن نفسه فهي تلعب دوراً مرضياً يساهم في نشوء حالات التحرك الاجتماعي و [illegible] المرضي.

كلمة أخيرة حول الأسباب [illegible] كما هو واضح مما سبق مناقشته من الأسباب المتعددة التي يمكن أن تسبب الشرود

الاجتماعي فإنه لا يوجد سبب واحد. وفي كل حالة مرضية ربما يجتمع العديد من هذه الأسباب. والبحث في هذه الأسباب المرضية مهم لأنه يساعد على تحديد خطة علاجية أكثر مناسبة للشخص نفسه. وقد يستغرق ذلك أكثر من جلسة واحدة وأحياناً عدة جلسات ولقاءات مع الطبيب المعالج.

كما أن معرفة الأسباب تساعد على الوقاية بمستوييها المتعددة حيث أن الوقاية بالمفهوم الطبي تهدف إلى منع ظهور الحالة المرضية أساساً إضافة إلى التخفيف من السير المرضي الشديد والمضاعفات التي يمكن أن تنشأ بعد ظهور الحالة.

(انظر الفصل الحادي عشر حول الوقاية)

● ● ●

الفصل العاشر:

حول العلاج

تتعدد الأساليب العلاجية التي يمكن إستخدامها في حالات الخوف الاجتماعي، وتختلف استجابة المريض لأساليب العلاج المتنوعة وفقاً للتفاصيل المرتبطة بحالته إضافة لشخصيته وظروفه العامة. وتثبت الدراسات العلمية على فعاليه ونجاح هذه الأساليب العلاجية. وفيما يلي بعض التفاصيل حول هذه الأساليب

العلاج الدوائي

تدل الدراسات الدوائية الحديثة التي أجريت على مجموعة من عينات المرضى والأشخاص العاديين فعاليه الأدوية المضادة للأدرينالين من زمرة بيتا (Adrenergic Blocker) وأيضاً الأدويه المثبطة لخمائر الوحيدة الأمين المؤكسدة (M.A.O.I) في حالات الخوف الاجتماعي المختلفة وحالات الخوف الأخرى والقلق. وأيضاً فإن (كلوميبرامين) (Anafranil) وهو من مضادات الاكتئاب الثلاثيه الحلقه (وهو مفيد وفعال في

حالات الاكتئاب [illegible] (القهرية والمخاوف) فقد وجد أن

[illegible] التي يحدث في بعض الأمراض التي تجرب على حيوانات

[illegible] مرضى [illegible] يعانون من المخاوف الاجتماعي إضافة إلى

[illegible] وقد [illegible] حدوث [illegible]

[illegible] من نقص [illegible] غير مفيد في حالات المخوف

الاجتماعي [illegible] في حالات الفزع مرجع

رقم ١٢٦ كما [illegible] أحدث الدراسات في [illegible]

الشخصي [illegible] المرجع رقم ٤١ [illegible]

الاكتئاب [illegible] (غير موجبة) [illegible] نتائج

إيجابية واضحة

ويمكن [illegible] الحديثة مثل (فلوكستين)

Fluoxetine [illegible] في بعض الحالات كما [illegible] التجربة العملية

ولكن لا توجد دراسات في [illegible] حول ذلك

[illegible] والمسكنات [illegible] (بنزوديازبين)

[illegible] الدراسات [illegible]

فعاليتها [illegible] في [illegible] الأمر كانت سلبية إضافة إلى

مشكلات [illegible] على [illegible] في حال

[illegible] كثيرة [illegible]

[illegible] الأدوية [illegible] وحيدة لا

[illegible] في الحالات [illegible] لمرضى المخوف الاجتماعي

مرجع رقم ٢٧ [illegible] الأدوية [illegible] للإدمان ولكن لها

[illegible] وتفاعلات [illegible] عديدة وخطيرة [illegible]

مع بعض الأدوية الأخرى أو بعض الأطعمة ويتطلب استعمالها حذرا ودقة خاصة.

وقد تبين لبعض [illegible] الأدوية المضادة للاكتئاب [illegible] مثل Inderal حيث يمكن استعمالها قبل حدوث الموقف الاجتماعي بساعة أو أقل [مرجع رقم ٢٦]

وهذه الأدوية تستعمل أساسا لتخفيف ضربات القلب وبعضها كمضادات لارتفاع ضغط الدم بجرعات عالية. وفي حالات الخوف الاجتماعي يكون تأثيرها الأساسي في التخفيف من مظاهر وأعراض القلق المختلفة كازدياد ضربات القلب والرجفة وغيرها. وأما استعمال هذه الأدوية بشكل مستمر ويومي في حالات الخوف الاجتماعي فلا يوجد ما يؤيده من الأبحاث وقد يحتاج لتجربته من قبل الطبيب لمعرفة مدى فعاليته قبل الاستعمال ومتابعة العلاج.

وهذه الأدوية تعتبر سليمة نسبيا ولا يجوز استعمالها في حال وجود مرض الربو القصبي وحالات القصور القلبي من الدرجة الثانية أو الثالثة وغير ذلك. كما أن لها بعض الآثار الجانبية مما يتطلب مراجعة الطبيب قبل وصفها.

ويصف بعض الأطباء عددا من الأدوية المهدئة مثل المهدئات الكبرى ومضادات الاكتئاب وغيرها في حالات الخوف الاجتماعي، وهدفها الأساسي هو تخفيف درجة القلق والتوتر وعدم ثقة المريض عند الإحساس بأنه أكثر عرضة

وأنه بمثابة وسيلة علاجية للتغلب على خوفه الاجتماعي. ويفيد ذلك في بعض الحالات ولا يفيد في حالات أخرى. ويدل كثير من الدراسات على أن الاستعمال المؤقت للأدوية ولا سيما قبل التعرض للموقف الاجتماعي يمكن أن تكون له آثار إيجابية في تحسين الحالة المرضية.

وقد ساعدت هذه الأدوية العديد من المرضى والأسوياء وجعلتهم قادرين على حضور مختلف المناسبات الاجتماعية وإلقاء الكلمات أمام الجمهور والمشاركة في المقابلات العامة وغير ذلك.

وعندما ينجح الإنسان في مواجهة الموقف الاجتماعي دون قلق أو بدرجة خفيفة منه فإن ذلك النجاح يساعده على زيادة الثقة في نفسه وتجاوزه للخوف ويشجعه على مواجهة هذه المواقف في المناسبات المقبلة. ومع تكرار النجاح تتغير نظرة الإنسان عن نفسه وعن الآخرين ويستطيع أن يمارس حياته بشكل عادي.

وهكذا فإن العلاج الدوائي يمكن أن يلعب دوراً إيجابياً مساعداً. ويتم المتابعة واستمرار التحسن في حال الأخذ بالأساليب العلاجية الأخرى غير الدوائية التي تفيد تخفيض درجة القلق والخوف وتحرير الإنسان وتعلمه أساليب جديدة للسيطرة على النفس ومواجهة الموقف الاجتماعي المحرج بقدرات أكبر وتفكير إيجابي متوازن. وتدل دراسة المجتمعات الإنسانية على وجود طقوس معينة في المناسبات الاجتماعية حيث يقدم تناول نوع من المشروبات والمواد الكيميائية ذات

التأثير النفسي والعصبي والإيحائي مثل المنبه والعصير والقهوة والشاي في مجتمعاتنا أو الكحول أو النبيذ وغيره في مجتمعات أخرى ويعتبر ذلك نوع من عنصر الضيافة وجزء من التقاليد في الاجتماعات الرسمية وقبل إلقاء الخطب والكلمات وهذه المشروبات بأنواعها تلعب دوراً في تسهيل عملية اللقاء الاجتماعي وتخفيف التوتر والقلق (بأعراضه النفسية والجسمية مثل جفاف الفم والشد العضلي وغير ذلك) والذي يحدث عادة في المواقف الاجتماعية وكأن ذلك نوع من العلاج الشائع للقلق الاجتماعي الطبيعي ويمكن له أن يفيد في بعض الحالات الخفيفة من الخوف الاجتماعي حيث إن الإسراع في شرب أحد المشروبات يخفف التوتر ويفتح المجال للحوار والتفاعل

وقد يلجأ الشخص إلى شرب كميات من الكحول أو الأدوية المهدئة لتخفيف قلقه مما يعرضه إلى مشكلات إضافية تتعلق بالإدمان (كما ذكر سابقاً في الفصل الثامن) إضافة إلى أن مثل هذه المواد الكيميائية تلعب دوراً سلبياً في التخفيف من مشكلة الخوف الاجتماعي ولا بد من أساليب علاجية أخرى لمعالجة المشكلة بشكل متكامل

□ العلاج السلوكي والمعرفي وتنمية القدرات الاجتماعية

■ يعتقد معظم الباحثين في الاضطرابات النفسية أن العلاج السلوكي يقدم نتائج فعالة في علاج اضطرابات الخوف بشكل خاص إضافة إلى تأثيراته الناجحة في اضطرابات القلق والاضطرابات الجنسية وغيرها

وفي حالات الخوف الاجتماعي يفيد العلاج السلوكي كثيراً والأساليب العلاجية السلوكية عديدة ومنها التعرض للموقف الاجتماعي المثير للخوف والقلق ومواجهته (Exposure) وهذا التعرض يمكن أن يكون تدريجياً (Desensitization) أو كاملاً (Flooding)، وأيضاً الاسترخاء وأساليبه، واستخدام الخيال والصور الذهنية، واستخدام المفكرة والوظائف المنزلية وتسجيل الملاحظات اليومية والمراقبة الذاتية لسلوك المريض بنفسه وتمثيل الدور وغير ذلك من الأساليب. وقد بينت إحدى الدراسات أنه لا يوجد فرق في النتائج العلاجية بين أساليب التعرض التدريجي أو التعرض الكامل أو بين التدريب على اكتساب القدرات الاجتماعية في علاج المرضى المصابين بالخوف الاجتماعي [مرجع رقم ٣٩]

وقد ركزت دراسات أخرى على أهمية العلاج بواسطة التعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية عند الأشخاص الذين تعرضوا لصدمات سابقة في المواقف الاجتماعية. بينما أوضحت دراسات غيرها أن التدريب على اكتساب القدرات الاجتماعية يتفوق في نتائجه على التعرض التدريجي [مرجع رقم ١٨]

وقد بينت دراسة أخرى أن التدريب على اكتساب القدرات الاجتماعية يفيد أكثر في حالات المرضى الذين لديهم ضعف ونقص في هذه القدرات. وترجح بعض الدراسات أن الأشخاص الذين يظهرون ردود فعل سلوكية سلبية في المواقف الاجتماعية مثل الارتباك والصمت والتحديق المكان الجانبي

بعيدا عن الأضواء والأنظار في المناسبات الاجتماعية يفيد في علاجهم التمرين على اكتساب المهارات الاجتماعية. بينما الأشخاص الذين تتميز حالتهم بازدياد أعراض القلق النفسي والجسمي فإن الاسترخاء والتأمل مفيد أكثر في حالتهم [مرجع رقم ٣٥]

وكما هو واضح مما سبق فإن هناك العديد من المحاولات العلمية لتوضيح فائدة كل طريقة علاجية على حدة ونوعية المرضى التي يمكن أن تستجيب لهذه الطريقة أو تلك. ولا تزال معلوماتنا ناقصة حول ذلك وغير أكيدة.

وفي تطبيق أسلوب المواجهة والتعرض للموقف الاجتماعي الذي يسبب الخوف والقلق يطلب من المريض أن يختار أحد المواقف التي يتعرض لها مثل أن يحضر اجتماعاً ما وأن يحاول أن لا يهرب من هذا الموقف وأن لا يعتذر عن الحضور. وعند حضوره وجلوسه في المكان أن يبقى في الموقف ولا يهرب منه لأطول فترة ممكنة. حيث أن أعراض القلق الحاد والتوتر مثل ضربات القلب وعرق اليدين والرجفة وغيرها سوف تخف بالتدريج إلى أن تصبح بسيطة. ذلك لأن التركيب الفيزيولوجي والعضوي للإنسان يجعل استجابات الخوف والقلق مرتبطة بالزمن وكلما مر وقت أطول على التعرض للموقف المثير للقلق كلما خفت درجة القلق والتوتر إلى أن تتلاشى. وربما يكون الزمن مدة ٣٠ دقيقة أو أكثر.

وهذا الأسلوب يطبق عادة في حالات الخوف المرضي

البسيطة المحددة مثل الخوف من القطط أو السباحة في الماء حيث يطلب من المريض البقاء مع المثير للخوف فترة زمنية أطول إلى أن يحدث التعود وينخفض درجة القلق

واستخدام هذا الأسلوب في حالات الخوف الاجتماعي يفيد في كثير من الحالات ولكنه وجد أن هناك مشكلات عديدة تعني بمتابعة وفعالية هذا الأسلوب في المواقف الاجتماعية فمثلاً قد يكون الموقف الاجتماعي قصيراً في مدته ولا يكفي الوقت لحدوث انخفاض في درجة القلق وحدوث التعود وأيضاً لا يمكن توقع ردود فعل الآخرين الذين يشتركون في الموقف الاجتماعي حيث يمكن لأحد الحاضرين في المثال المذكور سابقاً في أحد الاجتماعات أن يوجه سؤالاً محرجاً أو تعليقاً سخيفاً للمريض وهذا يزيد في التوتر ولا يسمح بحدوث انخفاض في درجات القلق كما يصعب الانتقاء التدريجي للمواجهة في الموقف نفسه لأن مختلف عناصر الموقف الاجتماعي يمكن أن تكون شدة إثارتها للقلق وبشكل مفاجئ يصعب ضبطه والتنبؤ بحدوثه كأن يدخل مدير المدرسة إلى أحد الاجتماعات بشكل غير متوقع ليسبب توتراً لم يحسب حسابه من قبل وغير ذلك [مرجع رقم ٤٢]

ويمكن أن تكون المواجهة للموقف الاجتماعي بواسطة التخيل أو في العيادة النفسية وبمساعدة الطبيب أو بشكل جماعي مع عدد من المرضى الآخرين الذين يعانون من نفس المشكلة حيث يطلب المعالج من أحدهم أن يمثل موقفاً صعباً معيناً

بتفاصيله الدقيقة وأن يعتبر الحاضرين في الجلسة العلاجية أنهم يمثلون بعض الأشخاص الموجودين في الموقف الحقيقي وأن يحاول إلقاء كلمة أمامهم أو التحدث مع أحدهم أو طرح سؤال ما وبشكل تمثيلي بسيط. ويعرف ذلك باسم تمثيل الدور (Role Play) وهو يساعد المريض على التغلب على خوفه وارتباكه من خلال المواجهة التجريبية وليس الحقيقية ويستفيد المريض من ملاحظات المعالج حول تحسين أدائه حول استعمال أساليب ناجحة بالتخفيف من التوتر مما يؤهله للمواجهة الفعلية فيما بعد. [مرجع رقم ٣٧ ـ ٤٣]

■ وأما العلاج المعرفي (Cognitive Therapy) فهو يرتكز على تعديل أفكار المريض عن نفسه وعن الآخرين من خلال المناقشة والحوار والتدريب على التفكير بطريقة إيجابية واقعية ويجري تحديد أخطاء التفكير والتوصل إلى الافتراضات الأساسية المرضية عند المريض من خلال الجلسات العلاجية.

ويعتبر التضخيم (Magnification) أحد الأخطاء الأساسية في التفكير إضافة للتصغير والاستنتاج الانتقائي أو الاعتباطي وأيضاً التعميم والتفكير الثنائي المتطرف سلبياً أو إيجابياً (Dichotomous Thinking) [مرجع رقم ٣٨] فالمريض يضخم أخطاءه ويجعل للآخرين صفات سلبية شديدة وانتقادية ولا يرى فيهم التفهم والتشجيع والمساعدة. كما يرى نفسه ضعيفاً وفاشلاً من خلال المبالغة في فهمه لأخطاء صغيرة. ومن ناحية أخرى يقلل من إيجابياته وقدراته ويعتبر تصرفاته الجيدة وأعماله أنها

لا يستحق النقد أو التقدير. كما أنه يلجأ إلى التعميم السريع في نهمه للآخرين أو لنفسه بعد فشله في أحد المواقف.

ونجري مناقشة الأحداث اليومية التي يمر بها المريض ومعرفة تفسيراته السلبية عنها ومحاولة استبدال ذلك باحتمالات أخرى إيجابية كتفسير عقلاني للأحداث التي يمر بها.

ومن الافتراضات الأساسية الخاطئة في تفكير المصابين بالخوف الاجتماعي والتي تحتاج إلى التعديل من خلال العلاج المعرفي والمناقشة أن الإنسان يجب أن يكون دائماً بمنأى عن نظرات الناس الهجومية والناقدة ويحاول أن يخفي نفسه ويسترها. وهذا التشبيه يعني أن الاحتكاك مع الناس هو نوع من الحرب والصراع. والمريض يأخذ دائماً مواقع الدفاع دون التفكير بالهجوم وإثبات شخصيته ورغباتها وحقوقها. ولذلك فهو يستسلم بسهولة ويهرب أمام قوة الخصم. ويعتقد أنه سيكون الخاسر ولا يمكن له أن يغلب في إحدى المناقشات أو الحوارات التي يجتمع فيها مع عدد من الأشخاص مثلاً. ويفضل الصمت أو الهروب من المواجهة وعلى إمكانية تعرضه للإحباط أو الخسارة.

ويمكن بالعلاج المعرفي أيضاً من خلال تعديل أفكار المريض حول الخطر الذي يراه في المواقف الاجتماعية أن يكون له دور إيجابي. وقد بينت الدراسات المعرفية [مرجع رقم ٣٨] لعلاج حالات القلق الحاد والخوف من أماكن السوق أن المريض يزداد قلقه عندما يحس ببداية الأعراض الجسمية

ينتج عن ضيق التنفس أو التنفس السريع السطحي. وتلعب هذه الإشارات الجسمية دور المثير الشرطي للمزيد من القلق من خلال التفكير الخاطئ للمريض نفسه، حيث يعتبر أن تلك إشارة خطر لنوبات الاضطراب. ويمكن تعديل فكرة المريض هذه واعتبار أن الأعراض الجسمية التي يحسها مؤقتة وعابرة وأنها مفهومة تماما من الناحية الفسيولوجية. وهذا ما يجعله أكثر تحملا وتقبلا لبعض أعراض القلق الجسمية مما يؤدي بدوره إلى هبوط موجات القلق وعدم زيادتها.

وأيضا يمكن تعديل أفكار المريض حول الأمور التي يعتبرها المريض نوعا من الخطر مثل تغيير نظرة لشخص معين في إحدى المناسبات وانتباه الشخص المسلط عليه ونقده من شخص آخر. حيث يصبح أكثر تقبلا لمثل هذه المتغيرات ويمكن أن يتصرف بطريقة ملائمة لا تشكل خطرا على كيانه وشخصيته وبالتالي لا تستدعي القلق والتوتر الشديدين.

- ويعتمد التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية (Social Skills) على ملاحظة سلوك الآخرين من المجربين وممن لديهم قدرات اجتماعية ممتازة والتعلم منهم لأساليب جديدة في التصرف والحديث والتعبير عن النفس. وتطبيق ذلك في الحياة العملية. ويلعب العلاج الجماعي دورا في تسهيل هذه التدريبات.

كما يطلب من المريض أن يوسع من معرفته واطلاعه الثقافي وأن يهتم باللغة ومفرداتها المتنوعة (تنمية اللسان) وأن

بحفظ بعض القصص القصيرة والنكات والأخبار الشيقة وغير ذلك والتدريب على التحدث فيها بشكل عملي أو بشكل تدريبي مع المسجل أو المرآة أو آلة تصوير الفيديو.

وتتضمن القدرات الاجتماعية عدداً من التصرفات والسلوكيات يمكن التدرب عليها بسهولة مثل تكرار النظر في العيون أثناء التحدث إلى شخص أو أكثر. وأيضاً النظر إلى وجه المتحدث والتعبير عن متابعة كلامه من خلال هز الرأس أو الالتفات إليه أو التعبير الصوتي (مثل آه ... آه ... نعم ...)

والاعتماد على الأسئلة في المواقف الاجتماعية يعتبر أسلوباً ناجحاً وسهلاً يساعد المريض على كسر حاجز الصمت، ويمكن السؤال عن أبسط الأمور التي تخطر في البال ويستجيب الآخرون عادة للأسئلة بمزيد من الاهتمام بالشخص نفسه كما أن ذلك يسهل فتح الحوار. وأيضاً فإن ابتداء المجاملة والاستمرار فيها هو عنصر أساسي في تطوير القدرات الاجتماعية، ويجري التدرب عليه عادة من خلال جلسات العلاج الجماعي.

ويرتبط بالتدريب على تنمية القدرات والمهارات الاجتماعية التدريب على إثبات الشخصية أو تحقيق الشخصية (Assertive Training) والمقصود من ذلك التدريب إصرار الإنسان على حق من حقوقه والتعبير عن ذلك بواسطة الكلام أو الفعل الإيجابي. وكثيراً ما نجد في حالات الخوف الاجتماعي أن الإنسان لا يعبر عن رغباته وحاجاته وآرائه وأنه

لا يستطيع الدفاع عن حقوقه وهو يرضى بالغبن والإجحاف بحقه ولا يستطيع أن يرفض طلبا ما ولو على حسابه . وهناك تفسيرات عديدة لهذه الظاهرة . ومنها أن الإنسان يخاف من مشاعره السلبية وكبتها وهو يجمع ويكبت هذه المشاعر ويظهر أمام الناس كشخص طيب جدا يعمل ما يطلب منه دون اعتراض أو تذمر لأن ذلك يثير فيه المشاعر السلبية الشديدة التي يخشى انطلاقها وعدم السيطرة عليها .

ويتم التدريب على إثبات الشخصية وتنميتها من خلال تفهم أساليب قوة الشخصية وضعفها ومناقشتها ، والتطبيق العملي بشكل فردي أو ضمن العلاج الجماعي من خلال التدريب على مختلف المواقف العملية التي تتطلب من الإنسان أن يتصرف بشكل أكثر قوة وجرأة مثل أن يعيد بضاعة فاسدة اشتراها إلى المحل التجاري أو مراجعة ورقة الحساب في المطعم أو غير ذلك . [راجع الملحق رقم ٥]

■ إذا تحدثنا عن المشكلات التطبيقية لهذه الأساليب السابقة نجد أن بعض الباحثين قد اهتم بدراسة أسباب الفشل في علاج حالات الرهاب الاجتماعي بواسطة الأساليب السلوكية . وفي إحدى الدراسات [مرجع رقم ٣٣] تبين أن حوالي ٢٥ - ٤٠ ٪ من الحالات التي عولجت بالطرق السلوكية يمكن اعتبارها فشلا علاجيا . وذلك إما لانسحاب المريض من متابعة العلاج أو عدم تحسنه . وقد بينت تلك الدراسة أن عددا من العوامل يساهم في فشل العلاج وهي أولا : رغبة المريض

في العلاج والدوافع التي تدفعه لذلك. حيث أن بعض المرضى ستدعيهم ظروف مؤقتة أو تذكرة عابرة أو ضغط من الأهل أو الأصدقاء لتلقي العلاج وهذا ما يجعل المريض أقل اندفاعاً للمضي في طريق التغيير والتحسن. ويؤكد ذلك ضرورة فهم المريض المراجع بصورة أحسن والتأكد من رغبته في التغيير. (وفي سلادت ... نجد أن عدداً من المرضى يعودون ضحية للنظرات السلبية المرتبطة بالتردد على العيادة النفسية مما يجعلهم يكتفون بزيارة واحدة أو اثنين ... ولا يتابعون العلاج).

والعامل الآخر هو طبيعة العلاج نفسه حيث يعتبر بعض المرضى أنه مؤلم ومزعج لأنه يتطلب المواجهة مما يزيد في درجة القلق. وهذا ما يؤكد ضرورة عدم الإسراع في تطبيق مبدأ مواجهة الموقف المخيف وإعطاء المريض فرصة أكبر للتعبير عن نفسه ومن ثم شعوره بالارتياح في الجلسة العلاجية إضافة إلى البدء التدريجي في مواجهة الموقف.

والعامل الثالث الذي يساهم في فشل العلاج هو شدة القلق التي يحس بها المريض في العلاج الجماعي حيث يجتمع مع غيره من المرضى.

ويفيد الانتباه إلى ذلك وتحويل المريض إلى العلاج الفردي لفترة مؤقتة إلى أن يستطيع تحمل درجة أكبر من القلق في العلاج الجماعي.

والعامل الأخير يتعلق بالظروف الشخصية والبيئية للمريض حيث أن بعض المرضى يتقدم في العلاج بشكل جيد ولكن نتيجة لبعض التجارب الصادمة التي يتعرض لها في محيطه يفقد إمكانية تحسنه وصحته ويخسر ما تعلمه في العلاج ، وعليه أن يعود من جديد ويجربه أكثر للمضي في العلاج والمواجهة مرة أخرى ، ويؤدي تدارك هذه العوامل بالقدر الممكن إلى انخفاض سبب الفشل العلاجي بشكل كبير [مرجع رقم ٣٣]

وبالنسبة للعلاج المعرفي ، يعتقد البعض أن استعمال هذا الأسلوب وحده غير كافٍ وأنه يلائم فئة معينة من المرضى الذين يتمتعون بالمناقشة المنطقية والفكرية ويستطيعون النظر في تفكيرهم واكتشاف أفكار أخرى بديلة ، كما أن هذا الأسلوب يهمل الأمور الانفعالية والعاطفية والتجارب المؤلمة في حياة المرضى والتي تساهم في نشوء الأفكار المريضة السلبية عن نفسه وعن الآخرين ، وأنه لا بد من العلاج النفسي الذي يتطرق إلى هذه الانفعالات والتحدث عنها وتغييرها من خلال العلاقة العلاجية الصحيحة مع الطبيب.

ويعتقد المتحمسون من المهتمين بالعلاج النفسي التحليلي وغيره من المدارس النفسية التي تركز على أهمية الصراعات الداخلية للإنسان ويعتقد أن نجاح الأساليب السلوكية في مواجهة المرض النفسي ما هي إلا ردود فعل سطحية مؤقتة ولا يمكن أن يستمر التحسن طويلاً لأن البنية النفسية الداخلية للإنسان لم تتغير ولم يجرِ مناقشة العقد الشخصية وحلّها

☐ العلاج النفسي التحليلي والديناميكي

(Analytic and Dynamic Psychotherapy)

يعتمد هذا العلاج على التفاعل بين المريض والشخص المعالج من خلال الحوار وتحدث المريض عن نفسه وانفعالاته ومشاكله الذاتية، ويشترك مرضى الخوف الاجتماعي في بعض العقد النفسية والصعوبات الداخلية والأساليب الدفاعية مثل صعوبة التعامل مع مشاعر الغضب وما يتعلق بها من الرغبات العدوانية وأيضاً عقدة الشعور بالذنب إضافة إلى عقدة النقص والعقد المرتبطة بالاستقلالية والاعتمادية.

وتدل دراسة عدد من الحالات العيادية أن تحليل البنية النفسية الداخلية من خلال تبصر الإنسان بذاته وأساليبه المتكررة والتي ترتبط بانفعالات شديدة وآلام مكبوتة والتعبير عنها ومناقشتها في جو علاجي يتصف بالأمان والتقبل والتفهم له دور كبير في التخلص من الأحمال الثقيلة التي ترهق الإنسان وتجعله أكثر قدرة على ضبط النفس والتعامل مع انفعالاته والآخرين بشكل أكثر تكيفاً وأكثر واقعية وتحرر طاقاته المستهلكة بأساليب الدفاع عن الذكريات والرغبات المؤلمة ليصبح قادراً على توظيف هذه الطاقات في مجالات أخرى سليمة وإيجابية وهكذا تزداد ثقة الإنسان بنفسه ويتفهم خوفه ومشاعره المرتبطة بتكوينه الداخلي وعلاقتها بخوفه من المواقف الاجتماعية المتعددة ويتحسن سلوكه الاجتماعي وقدرته على التعامل مع الآخرين ولا سيما إذا ترافق العلاج بالتأكيد على دخول المواقف

التي يخاف الإنسان منها ومواجهتها بدلاً عن الهروب

وبشكل عملي فإن كثيراً من مرضى الخوف الاجتماعي تبدو تصرفاتهم التي تتصف بالخوف والارتباك والخجل في المواقف الاجتماعية وكأنهم قد ارتكبوا ذنباً ما أو اجترحوا خطايا كثيرة حيث أن الإنسان العادي عندما يكذب أو يقترف ذنباً ما فإنه سوف يرتبك ويخاف عندما يواجه الآخرين وهذا طبيعي ومفهوم بسبب الشعور بالذنب والعار لما ارتكبه الإنسان من الخطايا ونتيجة لتأنيب الضمير

ولكن في حالات الخوف الاجتماعي فإنه في كثير من الحالات لا يوجد ما يدل على ارتكاب ذنوب أو أخطاء واضحة ومع ذلك فإن سلوك المريض المتكرر يدل على ذلك وهنا يأتي دور العقد النفسية والصراعات اللاشعورية المرتبطة بذكريات الطفولة وعلاقة الإنسان مع أمه وأبيه وإخوته وغيرهم ممن له أهمية خاصة من الناحية العاطفية والحياتية في تربيته الشخصية فالتنافس مثلاً مع أحد الأخوة ومحاولة سبقه في أي من المجالات تترافق بمشاعر سلبية تجاهه وفي نفس الوقت هناك المشاعر الإيجابية ومشاعر الحب والإخاء التي تتصارع مع المشاعر السلبية وتشكل نوعاً من التوتر والحساسية الخاصة وقد ينجح الإنسان في التفوق على أخيه أو أن هذه الرغبة في التفوق وهزيمة الطرف الآخر لا تتحقق أو أنها تتحقق جزئياً ولكن تبقى الصور الذهنية والانفعالات المتصارعة المتعاكسة ويحملها الإنسان لفترة طويلة تشكل عقدة نفسية

يمكن تسميتها بالتنافس. الشعور بالذنب. وعند لقاء الإنسان بأشخاص آخرين يمكن لهذه المشاعر المتناقضة أن تظهر من خلال التشابه بين عناصر الموقف الاجتماعي والأشخاص الموجودين أو بعضهم وبين العناصر المكونة لهذه العقدة في تكوينه الشخصي. وتكون النتيجة مزيجاً من التوتر والقلق وسلسلة من الانفعالات المزعجة والمضطربة وأساليب دفاعية يدافع عنها مثل إنكار بعضها أو تحويلها إلى الآخرين وغير ذلك. وهذا القلق الذي يحدثه الإنسان في مختلف المناسبات يتكرر فيه بعد كنوع من الضغط ويشتد بسبب عوامل أخرى تتعلق بتصرفات الأشخاص المحيطين والإنسان نفسه.

وهذا بالطبع شرح مبسط لعمليات متشعبة ومعقدة والدراسات العلمية حول علاج الخوف الاجتماعي بهذه الأساليب التحليلية الديناميكية غير متوفرة وتقييم أهميتها العلاجية يعتمد بشكل أساسي على دراسة بعض الحالات الفردية بشكل مطول. وأيضاً فإن العقد المختلفة والصراعات التي ذكرت سابقاً لا تقتصر على حالات الخوف الاجتماعي بل يشترك فيها كثير ممن يعانون من حالات القلق أو المخاوف الأخرى وغير ذلك من الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية.

والحقيقة أن هناك صعوبات كثيرة في التقييم العلمي لأساليب العلاج النفسي التحليلي والديناميكي وهناك بعض الدراسات المهمة ولكنها قليلة وصعبة التنفيذ نظراً لطبيعة أسلوب العلاج نفسه الذي يعتمد بشكل كبير على العلاقة بين المعالج

والمريض وصعوبة تكرار أسلوب معين من قبل عدد من المعالجين نظراً لاختلاف شخصياتهم ووجود انفعالاتهم تجاه المريض نفسه.

وقد شهدت السنوات الأخيرة بعض التطورات من خلال ما يسمى العلاج النفسي المختصر (Brief PsychoTherapy) أو العلاج النفسي عبر المحور المحدد (Focal PsycoTherapy) [مرجع رقم ١٥ – ٢٨ – ٢٩ – ٤٢] وهو لا يستغرق وقتاً طويلاً ويحتاج حوالي ١٠ – ٣٠ جلسة يتم من خلالها التركيز على محور أساسي في تركيبة الإنسان النفسية وعقده.

□ العلاج النفسي الانتقائي أو المتكامل (Eclectic PsychoTherapy)

يعتمد العلاج النفسي المتكامل أو الانتقائي على مجموعة من الأساليب العلاجية المعروفة وتطبق هذه الأساليب بشكل مرن وانتقائي وفقاً لحالة المريض وخبرة الطبيب المعالج وتجربته حيث أن الهدف الأساسي هو البحث عن الأسلوب أو الأساليب المناسبة للمريض [مرجع رقم ١٣ – ٤٣] وتتضمن هذه الأساليب العلاج الدوائي والعلاج السلوكي والمعرفي والتدريب على تنمية المهارات الاجتماعية إضافة للعلاج النفسي التحليلي وقد تقدم الحديث عن هذه الأساليب.

وأما الأساليب العلاجية النفسية المستعملة الأخرى فهي: تشمل العلاج النفسي الداعم (Supportive PsychoTherapy)

ويقوم على التشجيع والطمأنة والدعم النفسي للمريض وتقديم النصائح العملية.

وأيضاً أساليب الإيحاء التي تقوم على عدد من الطرق التي تهدف إلى زيادة ثقة المريض بنفسه وتقوية عزيمته وإرادته وجرأته على الإقدام وعدم التردد وضبط النفس وبسط إمكانية مواجهة المواقف الاجتماعية من خلال عبارات وكلمات إيجابية يرددها المعالج أو المريض نفسه. ويمكن تشبيه مواجهة الموقف الاجتماعي الصعب بأنه معركة تحتاج إلى معنويات عالية والمحارب الناجح يحذر من المخاطر المحتملة ويظهر قوته على الهجوم والدفاع كما يجب عليه أن يدرب نفسه جيداً ويضع الانتصار نصب عينيه وهو يقول "إنني قوي مسيطر على نفسي وسوف أنتصر وأغلب وأتصرف تصرف الأقوياء". ويعتبر التنويم الإيحائي (Hypnotherapy) أحد أساليب الإيحاء ويمكن للمريض نفسه أن يتدرب على ذلك ويوحي لنفسه أنه قوي وقادر على ضبط النفس ومواجهة المواقف الصعبة.

وأيضاً أساليب الاسترخاء المتعددة وهي تختلف عن الأساليب السلوكية ولكن نوعها وانتشارها وتعدد أشكالها يجعلها تعتبر أساليباً مستقلة. وهي تقوم على مجموعة من التمارين التي تهدف إلى استرخاء عضلات الجسم وإزالة التوتر وراحة النفس وتعتمد معظمها على التنفس الهادئ والعميق إضافة إلى شد وارتخاء المجموعات العضلية في الجسم. وهناك بعض الأجهزة الحديثة التي تعكس وظائف الجسم المختلفة مثل مرجع الشد

والتوتر العضلي في عضلات الرأس أو الظهر أو الكتفين وأيضاً درجة الحرارة المحيطة في أصابع اليدين والقدمين حيث تزداد برودة اليدين في حالات التوتر والقلق وغير ذلك من الوظائف مثل دقات القلب والضغط الدموي والتعرق وهذه الوظائف مرتبطة بالقلق ومظاهره والتدريب على الاسترخاء بواسطة هذه الأجهزة التي تسمى «الأجهزة العاكسة للوظائف الحيوية» (البيوفيدباك) (Biofeedback Instruments) أو بدونها، يعطي الإنسان قدرة على التحكم بنفسه ومساعدة نفسه بنفسه للتغلب على القلق والتوتر

كما أن هناك أجهزة أخرى تساعد على الاسترخاء بواسطة نبضات كهربائية موجهة إلى مقدمة الرأس وأجهزة أخرى تعتمد مبادىء الطب الصيني في العلاج وغير ذلك من أساليب التدليك (المساج) والأجهزة السمعية والبصرية

وفي علاجنا الإسلامي لا بد من التأكيد على أهمية العبادات والالتزام بها، ويقول الله تعالى ﴿ٱلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ ٱللَّهِ ۗ أَلَا بِذِكْرِ ٱللَّهِ تَطْمَئِنُّ ٱلْقُلُوبُ﴾ (سورة الرعد آية ٢٨)

﴿وَٱسْتَعِينُوا۟ بِٱلصَّبْرِ وَٱلصَّلَوٰةِ ۚ وَإِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلَّا عَلَى ٱلْخَـٰشِعِينَ﴾

[سورة البقرة آية 45]

والصلاة والذكر والدعاء وقراءة القرآن لها آثار عظيمة من الناحية النفسية والروحية في الإنسان وهي تشكل مصدراً أساسياً للثقة بالنفس وتقوية الإرادة والعزيمة إضافة إلى إزالة

التوتر والقلق والتخفيف من الشعور بالتعب واليأس والهبوط [مرجع رقم ٨ ـ ٩]

وبشكل عملي يمكن مثلاً تكرار دعاء سيدنا موسى عليه السلام ربه قبل مقابلة فرعون ﴿ رَبِّ ٱشۡرَحۡ لِي صَدۡرِي ۝٢٥ وَيَسِّرۡ لِيٓ أَمۡرِي ۝٢٦ وَٱحۡلُلۡ عُقۡدَةٗ مِّن لِّسَانِي ۝٢٧ يَفۡقَهُواْ قَوۡلِي ۝٢٨ ﴾ [سورة طه آية ٢٥ ـ ٢٨]

وذلك قبل مواجهة الموقف الاجتماعي المخيف أو أثناءه

كما أن هناك تطبيقات أخرى عديدة ومتنوعة للأساليب الدينية

وهناك عدد من الأساليب العلاجية الشائعة والمعروفة عند عامة الناس مثل الحمام الدافئ أو البارد، والتمارين الرياضية وتناول الفواكه والخضار وأنواع من المشروبات والأعشاب والاستحمام في إضاءة خفيفة وتغيير المحل أو المسكن وغير ذلك. ومن أكثر هذه الطرق الشائعة محاولة تغيير الانتباه من موضوع الخوف والتصورات المخيفة إلى مواضيع أخرى مألوفة وذلك بواسطة الحوار الداخلي والكلام مع الذات (Self Talk) في مواقف الخوف الاجتماعية أو أثناء التعرض إليها بدلاً من الاستغراق في التصورات المقلقة مثل «سوف يضحك علي الناس، ويمكن أن أتصرف بشكل عاطل.. أو أنه يبدو علي التوتر والارتباك» ولا سيما إذا ترافق ذلك مع أساليب العلاج الأخرى.

ويمكن للإنسان أن يفكر مما يراه في الطريق من شوارع

رأسه واستمر يتخيل فيها أو يتذكر نكتة مضحكة أو يركز نظره في التفاصيل أثناء سماع نغم في بعض الأمور الموجودة في المكان، وأن يلعب بعد حلقة المفاتيح أو القلم الذي يحمله أو أن يشم عطر أو يمضغ قطعة من الحلوى وغير ذلك مما يمكن تسميته بالأمور المساعدة على الإطمئنان حيث يساهم ذلك في تغيير ردود الفعل السلبية أثناء التعرض للموقف المخيف من خلال إثارة ردود فعل الإسترخاء والسيطرة على النفس (مرجع رقم ١٩ – ١٥ – ٤٦)

ويعتمد أسلوب العلاج المتكامل على استعمال أكثر من أسلوب علاجي واحد في نفس الوقت حيث يمكن أن يبدأ العلاج بطرح الأساليب السلوكية والإيحاء الذاتي والاسترخاء وبعد عدد من الجلسات العلاجية يمكن استعمال بعض الأساليب التحليلية ولا سيما إذا كان القلق والتوتر شديد لو كان العلاج مشكلاً نفسانياً حيث يحدث في عدد من الحالات نوع من المشاعر السلبية وعدم التعاون في إجراء الوظائف المنزلية والتمارين المطلوبة وهذا ما يسمى بالتحويل السلبي (Negative Transference) وهو يعني نقل المشاعر الداخلية السلبية التي نتجت عن عقد المريض وذكرياته المؤلمة السابقة إلى شخصية المعالج والعلاج نفسه ولا بد من التنبه إلى هذه الظاهرة الصعبة وتفهمها ومناقشتها مع المريض بعد ذلك بغرض الاستمرار في التحسن وعدم انقطاع العلاج بشكل مبكر

ويمكن أيضاً استعمال الأدوية جنباً إلى جنب مع العلاج السلوكي وقد يسبب بعض الدراسات أن ذلك يعطي مزيداً من التحسن ولا سيما إذا كانت درجة القلق شديدة عند المريض وهو يشعر أنه لا يستطيع أن يبدأ برنامج مواجهة المواقف الاجتماعية. وبعض المتشددين من المدرسة السلوكية يعتبر أن الأدوية المهدئة تضعف من عزم المريض من المواجهة. ويبدو أن ذلك له ما يؤيده من الناحية النظرية. ولكن بعض الدراسات أوضحت أن ذلك لا ينطبق على جميع الحالات وأنه من الأفضل في عديد من الحالات استعمال دواء مهدئ ولا سيما في مرحلة المواجهة. ولا تزال هذه النقطة موضع جدل ودراسة ولا يوجد رأي قاطع في الوقت الحاضر [مرجع رقم ٤٠]

ويمكن تطبيق بعض مبادئ العلاج الأسري في عدد من الحالات إضافة للأساليب العلاجية الأخرى حيث يشجع أفراد الأسرة المريض على التقدم في أساليب المواجهة. كما أن تفهم الزوج أو الزوجة لحالة شريكه وسلوكه يساعده في أن يمد يد العون والمشاركة لتجاوز حالة الخوف مما يعود على الجميع بمكاسب كثيرة والتعبة وصحبه بدلاً عن بعض المكاسب المعنوية السطحية والمنحرفة التي يجنيها أحد الطرفين من خلال بقاء شريكه خائفاً أو مضطرباً أو مريضاً.

ويمكن الاعتماد على بعض الأساليب التثقيفية (Reeducational Approach) في معالجة بعض حالات الخوف الاجتماعي. ويكون ذلك بتقديم شرح علمي وطبي مبسط

لأعراض القلق وكيفية حدوثها وعلاقتها بتفكير الإنسان. وأن هذه الأعراض تزداد شدة وتثبت من خلال تفكرة الإنسان عنها وكيفية ترجمته بها... إضافة لمستوى القلق ومصادره كسبب ظهور هذه الأعراض. فالقلق ظاهرة طبيعية ويمكن للإنسان أن يفهمها ويتقبل بعض أعراضها بتفكير إيجابي علمي دون المبالغة الشديدة والشعور بالخطر الذي لا يحتمل. وهذا بدوره يؤدي إلى انخفاض درجة القلق والتوتر ويجعل الموقف الاجتماعي الذي أثار هذه الأعراض أقل خطراً وتوتراً.

والتطبيق الأمر الذي يعتمد على زيادة الوعي العلمي والنفسي وتصحيح بعض المعلومات الخاطئة في ذهن المريض يتعلق بصورة الإنسان عن نفسه من الناحية الجسمية. حيث ينتشر كثير من الأوهام والمعلومات الخاطئة في تفكير بعض المرضى ممن يعانون من حالة الخوف الاجتماعي. وبعضهم يعتقد أنه ربما كان شيئاً جنسياً أو أن رجولته ناقصة (أو نقص الأنوثة في حالات الإناث) وغير ذلك من التصورات التي تساهم في ضعف الثقة بالنفس وزيادة القلق والارتباك في المواقف الاجتماعية.

وتصحيح مثل هذه التصورات الخاطئة من خلال المناقشة وتقديم الشرح العلمي البسيط له فائدة كبيرة.

ويمكن الاستفادة من طرق معالجة اضطرابات الكلام والنطق في العلاج النفسي التكاملي لحالات الخوف الاجتماعي ومنها إظهار الحروف بشكل أوضح يشبه التجويد. حيث يتم

تحريك الفك السفلي أكثر وأيضاً الشفاه وعضلات الفم إضافة إلى أخذ النفس قبل البدء في الكلام من الأنف والتمرين على زيادة سعة الصدر وكمية الهواء الموجودة في الرئتين وأيضاً التدريب على الوقوف قليلاً عند نهاية الكلمة وأخذ النفس والابتداء المتأني في سرعة الكلام وتغيير نبرة الصوت وطبقته بشكل تدريجي [راجع الملحق رقم ٦] وهذه التمارين يمكن أداؤها بشكل فردي أو جماعي وهي تهدف إلى تدريب المريض النطق والكلام وزيادة في ثقته بنفسه

ويعتمد في المحاكاة والتمثيل على عدد من التمارين البسيطة إضافة إلى استعمال بعض الكلمات المؤثرة والافتتاحية المثيرة والختامية الواضحة القصيرة والمجاملة ويرافق ذلك الحركات التعبيرية في اليدين والوجه ونبرة الصوت وهذا يحتاج إلى التدريب وزيادة الثقة العامة وضبط الأعصاب الاجتماعية المنضبطة وكل ذلك يسهم في زيادة القدرات الشخصية والاجتماعية للمريض ويجعله أكثر قدرة على مواجهة خوفه من المواقف الاجتماعية ومن التعامل مع الآخرين

ويمكن بعد أن يطبق عدد من الأساليب العلاجية معاً وبشكل مرن يتيح للمريض إمكانية التعبير عن ذاته ويجعله يشارك في العملية العلاجية بعقله وانفعالاته وجمهوره [مرجع رقم ٦٠] كما يتيح المجال أمام المزيد من التعديلات والابتكار في خطة العلاج بشكل يتوافق مع المريض وحاجاته وسرعته الخاصة في التعلم والتغير

وأيضاً بفحص تلك الاستفادة من فوائد ومميزات عدد من الطرق العلاجية المعروضة مما يؤدي إلى زيادة التحسن واستمراريته.

وقد يبدو للبعض أن عدد الأساليب متنوعة ومختلفة فيما بينها. والحقيقة أن مجال العلاج النفسي مجال واسع ومتضخم وتتنوع المدارس العلاجية وأساليبها وربما يصل عددها إلى أكثر من مئة مدرسة. وهذا يعكس تعقيد الإنسان نفسه وإمكانية النظر إلى مشكلاته من زوايا متعددة.

وهناك العديد من المحاولات التي تحاول التقريب بين المدارس العلاجية الأساسية كالمدرسة السلوكية والمعرفية والتحليل النفسي. وقد ظهرت بعض النتائج الإيجابية في هذا المجال وأهمها اعتبار أن تكرار البحث في عقدة معينة وما يتصل بها من دفاعات وانفعالات كما يجري في العلاج التحليلي هو نوع من المواجهة المتكررة للموضوع المرتبط بحساسية خاصة والذي يثير القلق والمشاعر الأخرى. وهذه المواجهة المتكررة تؤدي إلى انخفاض درجة القلق وإزالة الحساسية نحو المتكرر أو الموضوع والذي هو أساس العقدة والصراع. وبحسب ذلك أسلوب المواجهة هنا هو جوهر العلاج السلوكي وطريقته.

ومن الناحية الأخرى فإن العلاج الانتقائي يطبق حالياً على نطاق واسع لأنه يتناسب مع مجموعة أكبر من الحالات النفسية العيادية. كما أن العديد من المعالجين قد نبذوا التعصب لمدرسة معينة وأصبحوا أكثر انفتاحاً وتقبلاً للمدارس الأخرى من

خلال بحوثاتها العملية وتطور نظرياتها وأساليبها التي شهدتها السنوات الأخيرة [مرجع رقم ١٣ ـ ٣٦ - ٤٣]

ويختلف مدة العلاج التكاملي في حالات الخوف الاجتماعي وكثير من الحالات تحتاج من ٨ ١٥ جلسة ويفضل أن تكون الجلسات الأولى متقاربة ويمكن أن يكون ذلك مرة واحدة كل اسبوع أو أكثر ويحدث عادة تقدم واضح خلال الأشهر الثلاثة من العلاج ويطلب من المريض متابعة تدريباته والمراجعة مرة كل أسبوعين أو شهري مدة ثلاثة أشهر أخرى

ويمكن اعتبار العلاج دورة خصبة يتعلم من خلالها المريض أساليب للسيطرة على قلقه وخوفه إضافة إلى فهمه لمشكلاته وتغير نظرته إلى ذاته والآخرين

ولا بد من الإشارة هنا إلى ضرورة تبسيط المشكلة وزرع التفاؤل والأمل في نفسية المريض، ويمكن اختصار البرنامج العلاجي وتوضيحه في أربعة نقاط وهي

١ ـ أساليب لتخفيف القلق وأعراضه

٢ ـ تنمية القدرات الاجتماعية وزيادة الثقة في النفس

٣ ـ تغيير سيطرة الإحساسات السلبية عن نفسه وعن الآخرين

٤ ـ مواجهة المواقف التي تسبب الخوف والقلق

ويجب الانتباه إلى أن التبسيط المبالغ فيه في أساليب العلاج ربما يعطي نتائج سلبية ويشعر المريض بالمزيد من

الضعف والقصور لأنه كان يعاني منذ مدة وهو يحاول بمجهوده الخاصة، إضافة إلى أنه في كثير من الأحيان كانت إحباطاته من الأشخاص الأقرباء وذوي النفوذ وغيرهم من كبار السن والأمن مما يجعل المريض مهيئاً وحساساً لأسلوب الطبيب المعالج ولا سيما إذا بسط له المشكلة كثيراً أو طالبه بتدريبات كثيرة وشاقة

وفيما يلي ملخصاً لمخطط البرنامج العلاجي التكاملي الذي يطبق في عيادة الطب النفسي بجدة

▫ مخطط العلاج التكاملي للخوف الاجتماعي ▫

- ▫ الفحص الطبي النفسي – الاختبارات والاستبيانات
- ▫ [illegible]
- ▫ [illegible]
- ▫ [illegible]
- ▫ [illegible]
- ▫ [illegible]
- ▫ [illegible]

- ▫ التشجيع من قبل العائلة والآخرين ومكافأة جهوده
- ▫ العلاج الدوائي (عند اللزوم)
- ▫ العلاج الجماعي [illegible]
- ▫ الجلسات التنشيطية [illegible]

* عن: الدكتور حسان المالح ١٩٩٣

□ عالج نفسك بنفسك

وفيما يلي عدد من الملاحظات والتمارين التي تساعد الإنسان على تجاوز حالة التوتر والقلق في المواقف الاجتماعية:

١ - إن قليلاً من التوتر في بعض المواقف أمر طبيعي لا تضخم المشكلة. واعلم أن كثيراً من الناس يحسون مثلك.. وكلهم يحاول أن يشجع نفسه ويخفف من توتره بأساليب مختلفة ثم يواجه الحياة والمواقف المزعجة إلى أن يتعود على لقاء الناس والحديث معهم بشكل عادي وتذكّر في المثل الذي يقول (إن أكثر الناس خوفاً من الأسد أكثرهم له رؤية) لذلك ثابر على مواجهتك للمواقف ولا تنسحب.

٢ - تعلم أحد أساليب تخفيف التوتر وداوم عليها واستخدمها قبل الذهاب إلى موقف معين مزعج.. وأيضاً أثناء وجودك في هذا الموقف. مثلاً تعود على سحب الهواء كاملاً وأخرج صدرك من الفم أو الأنف وستجد أن كمية كبيرة من الهواء عند دخلت صدرك ستساعدك على الاسترخاء.. كرر ذلك عدة مرات.

٣ - شجع نفسك بنفسك.. وردد عبارات قصيرة مثل (إني قوي وأعرف كيف أتحدث مع الناس.. إن قلقي طبيعي جداً.. إن مظهري عادي تماماً ومقبول.. (رب اشرح لي صدري. ويسر لي أمري. واحلل عقدة من لساني يفقهوا قولي)

٤ ـ احفظ بعض القصص القصيرة والأحاديث الشيقة وتمرن عليها. وعندما تكون مع الناس انتهز الفرصة وتحدث بما تعرف.

٥ ـ في المواقف الاجتماعية المحرجة تعود على أن تسأل عن أي شيء وابدأ بالأمور المحيطة بك. إن ذلك أفضل من الصمت والتوتر. واعلم أن أعظم المتحدثين كثيراً ما يستعمل هذا الأسلوب وهو يفتح المجال بسرعة من الحوار والحديث.

٦ ـ لا تضخم عيوبك وتغالط صفاتك. وتقبل بعض الأخطاء ولا يوجد إنسان كامل. إن في كل إنسان جانباً خيراً وشراً ويمكنك التواصل مع الآخرين والاستمتاع بذلك. هناك من هو أحسن منك حتماً. وهناك من هو أضعف منك حتماً.

٧ ـ لا تضخم لمراتك ومجاملاتك. وإذا أخطأت في بعض الأمور البسيطة أو كان رأيك غير صحيح فإن ذلك لا يعني أن تدمر نفسك وتحطمها. ولا يؤدي ذلك إلى غياب الحب. صحح خطأك وكن جريئاً وحاول أن لا تكرره وتعود على المرونة والواقعية واحترام الرأي الآخر.

٨ ـ راجع تفكيرك حول نفسك وحول نظرة الناس وأعطيها كي متحملاً. كل الناس تنظر إلى الأشخاص عندما يقومون بعمل أو يتحدثون. هذا طبيعي جداً تعود على ذلك. إن الآخرين لا يرصدون السخرية منك

أو انتقادك. يعطي الناس مبررهم. تعلم أساليب مناقشتهم في الرد عليهم، أو ابتعد عنهم في بعض الأحيان. وتذكر المثل الذي يقول (إن رضا الناس غاية لا تدرك). إن بعض الناس يريدون تشجيعك ومساعدتك تعاون معهم. كثير من الناس لا يريدون لك خيراً خاصاً أو شراً خاصاً. لذلك لا تعمم خطرهم عليك وتعامل معهم بشكل عادي. إذا كنت غير مصيب فلماذا الارتباك والتوتر؟

٩ – تصور الموقف المزعج قبل حدوثه بفترة وركز على التفاصيل الدقيقة وأنت في حالة استرخاء وإن كان توترك شديداً فكر بإحدى الأساليب المساعدة على خفض التوتر. ويمكنك أن تتذكر نكتة مضحكة. ثم تابع تخيل الموقف وأنت تتصرف بشكل عادي تماماً. استعمل خيالك وذكاءك لتحسين سلوكك في الموقف المتوقع حدوثه ويمكنك كتابة بعض الملاحظات وأعد ذلك الخيال مرات عديدة خلال عدد من الأيام. إن هذا يجعلك قادراً على مواجهة الموقف بسهولة أكثر وينمي قدراتك الشخصية.

١٠ – يمكنك كتابة المواقف المزعجة وإعطاؤها درجة خاصة تقيس التوتر والقلق فيها. اختر أقل المواقف توتراً وتدرب على مواجهتها مرات عديدة. وعندما يصبح عادياً انتقل إلى الموقف الأصعب وهكذا. استعمل

المبكرة واكتب ملاحظاتك وما يمكن أن تفعله في المرات القادمة.

١١ ـ داوم على ما سبق، وضع حداً لخوفك وقلقك وابدأ بشكل جدي في التغيير بعزيمة كبيرة ﴿فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى ٱللَّهِ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلْمُتَوَكِّلِينَ ﴿١٥٩﴾﴾ [سورة آل عمران، آية ١٥٩].

واسأل من حولك من ذوي الخبرة، أو الاختصاص عند اللزوم، وتأكد أن تجربة الخوف سوف تخف تدريجياً إلى أن تزول، وأن بعض الانتكاسات قد تحدث ولكن لا تستسلم ولا تتضايق وترجع إلى الوراء، وعاود الكرة من جديد إلى أن تصبح واثقاً من نفسك وقدراتك، وتذكر أن كل ما يزيد ثقتك بنفسك كالهوايات والمهارات يجعلك قوياً أمام الآخرين.

□ نصائح علاجية في حالات الأطفال

فيما يلي بعض الملاحظات التي تفيد الأهل والمربين بأمور التربية في مساعدتهم للطفل الخجول المنكمش في المناسبات الاجتماعية.

١ ـ إن بعض التوتر والارتباك في المواقف الاجتماعية هو أمر طبيعي عند كثير من الأطفال، لا تضخم المشكلة، فالطفل يحتاج لبعض الوقت ليفهم ما يجري

جوبه ويعطي الأمور التي يعتبرها الكبار عادية تكون غير ذلك في عقل الطفل.

٢ ـ حاول تفهم مشاعر الطفل وأفكاره وقلقه إذ طالت فترة الخجل أو الانكماش التي يمر بها ... وراجع مرحلة التوتر التي تسبقه أو المصاحبة وتوجيه الاهتمام والرعاية والتشجيع التي تقدم له. وحاول تعديل الأمور السببية قدر الإمكان.

٣ ـ تجنب دائماً إطلاق التسميات والأوصاف غير المعهودة مثل خجول ـ خجول (أو ...) ـ ضعيف ... وغير ذلك.

٤ ـ تشجيع مختلف الهوايات عند الطفل كالألعاب الرياضية والفنون والمهارات العقلية وغير ذلك.

٥ ـ تأكد من إعداد الفرص الملائمة للتمرين والتدريب على مواجهة المواقف الاجتماعية والتعامل مع الأطفال الآخرين والكبار ومشاركة الطفل في ذلك. واستعمل ما تعرفه من أساليب لتخفيف توتر الطفل خلال هذه المواجهة كالحلوى أو اللعب أو التشجيع اللفظي ويمكنك المشاركة في الموقف والبقاء مع الطفل فترة إلى أن يخف التوتر.

٦ ـ وفر للطفل فرصة غير فرص التدريب على العمل

وغيره ... عشرة دقائق يومياً أو خمسة نطلب منه أن يتحدث عن موضوع ما أو أن يتلو نصه أو غيره أمام الأهل أو غيرهم ... تقبل أداءه ولا تكثر من الملاحظات في المراحل الأولى من هذه التمارين

٧ ــ تجنب عقاب الطفل وإهانته أمام الآخرين قدر الإمكان

٨ ــ اترك للطفل بعض الحرية في اكتشاف ما حوله بنفسه وهو يتعلم من الخطأ والتجربة ومن الإرشادات ... تقبل بعض الأخطاء ولا تكن مثالياً تريد الكمال التام

٩ ــ تذكر أن تكون قدوة للطفل ونموذجاً حسن الصحبة وأن يفهم الطفل ذلك عند مواجهته لموقف اجتماعي صعب

١٠ ــ لا تبخل في تشجيع الطفل ومكافأته على سلوكه الاجتماعي الجيد، واجعل المكافآت مباشرة وفورية جداً ربما ... لأن الطفل لا يفهم الزمن كما يفهمه الكبار

١١ ــ لا تيأس في محاولاتك وإنما بشكل جدي في التعبير وحرصه على الاستمرار، واسأل عن حولك من ذوي الخبرة أو الاختصاص عند اللزوم وتأكد أن كثيراً من الحالات تتحسن مع تقدم العمر وزيادة التجارب الناجحة والثقة في النفس

● ● ●

الفصل الحادي عشر

حول الوقاية

لا تزال الدراسات الوقائية في مجال الطب النفسي محدودة وصعبة التحقيق. وتهدف الوقاية من اضطراب معين إلى منع حدوثه أو تخفيف نسبة الحدوث وهذا هو المفهوم الشائع من الوقاية. ويقابله في المصطلحات الطبية مفهوم الوقاية الأولية (Primary Prevention) ويضاف إلى ذلك مفهوم الوقاية الثانوية (Secondary Prevention) وهي تعني علاج الاضطراب أو المرض بعد حدوثه. وأيضاً هناك ما يسمى الوقاية الثالثية (Tertiary Prevention) وهي تعني منع حدوث مضاعفات المرض أو تحوله إلى حالة مزمنة والتخفيف من تأثيره من خلال إعادة التأهيل وكل ما يساعد على تحسين وضع المريض وأدائه المهني والاجتماعي والنفسي.

وتختلف الوقاية في مجال الطب النفسي عنها في المجال الطبي وذلك لتشابك وتنوع العوامل المسببة وغموض

الأسباب في بعض الحالات الأخرى. وفي بعض الحالات النفسية الناتجة عن موت أحد المخلوقات أو مرض عضوي معين تكون الوقاية موضوعاً سهلاً وواضحاً وذلك من خلال معالجة السبب نفسه الذي سبب الحالة.

وهناك عدد من الملاحظات العامة التي تساعد على الوقاية من حالات الخوف الاجتماعي يمكن استنتاجها من خلال معرفة الأسباب العامة والعوامل المؤثرة في نشوء هذه الحالات، ويمكن الرجوع إلى الفصل التاسع وملاحظة هذه العوامل وإمكانية تعديلها أو التخفيف منها. ولا بد من الإيجاز هنا لأن (كثير الكلام ينسي بعضه بعضاً) والتأكيد على عدد من النقاط العامة الأساسية.

□ أولاً: أهمية القيم الاجتماعية والأخلاقية التي تتعلق بكيفية تعامل الناس مع بعضهم البعض. ويقول الله تعالى في كتابه العزيز:

﴿ لَا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُونُوا۟ خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلَا نِسَآءٌ مِّن نِّسَآءٍ عَسَىٰٓ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ ۝ ﴾ [سورة الحجرات: آية ١١]

وأيضاً:

﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَٰكُم مِّن ذَكَرٍ وَأُنثَىٰ وَجَعَلْنَٰكُمْ شُعُوبًا وَقَبَآئِلَ لِتَعَارَفُوٓا۟ إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ ٱللَّهِ أَتْقَىٰكُمْ ۝١٣ ﴾ [سورة الحجرات: آية ١٣]

وفي الحديث الصحيح عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «بحسب امرئ من الشر أن يحقر أخاه المسلم، كلُّ المسلم على المسلم حرام دمه وعرضه وماله. إن الله لا ينظر إلى أجسادكم ولا إلى صوركم وأعمالكم ولكن ينظر إلى قلوبكم» رواه البخاري ومسلم [راجع المرجع رقم ٢، حول مختلف صيغ هذا الحديث ورواته]

ومثل هذه القواعد العامة أساسية هامة في الأدب النفسي لمجتمع المسلم المثالي [مرجع رقم ٢]. وفي هذه القواعد العامة تهذيب للنفس وضمان لعلاقات اجتماعية سليمة تجعل الإنسان أكثر اطمئنانا وأمنا في علاقاته مع غيره.

☐ ثانياً: أهمية التربية وعلاقة الطفل بوالديه وتنشئته تنشئة حميدة تجعله واثقا بنفسه يستطيع التعبير عما يعتريه ويحس به ويعتمد ذلك على القدوة الحسنة وعلى رعاية الطفل رعاية مناسبة وتشجيع قدراته وإتاحة فرص التعبير أمامه. وفي الحديث الشريف عن أبي هريرة رضي الله عنه أنه قال: «كان رسول الله ﷺ يدلع لسانه للحسن بن علي فيرى الصبي حمرة لسانه فيهش إليه» (يهش: يسرع). رواه أبو الشيخ ابن حبان [مرجع رقم ٣، المجلد الأول]

وفي ذلك مبدأ تربوي عظيم يقوم على الحب والتواضع والتلقائية والابتعاد عن الشكليات وعلى توسيع الهوة بين الأجيال والمربين بشكل عام.

□ ثالثاً: الاهتمام بجيل الشباب في مرحلة المراهقة بشكل خاص وفهم ما يجري فيها من تطور في شخصية المراهق وقدراته والتعرف على قلقه واندفاعاته وآرائه وصراعاته، وضرورة تشجيعه على اكتساب المهارات اللازمة التي تساعده على ضبط النفس وتقوية الإرادة والعزيمة إضافة إلى التحصيل العلمي والعملي المتوازن وتنمية الهوايات المتنوعة والقدرات الاجتماعية المتعددة.

□ رابعاً: الاهتمام بالأشخاص المؤهلين والمعرضين للانطواء والقلق الاجتماعي والشعور بالنقص، مثل المصابين بأمراض جسدية أو عاهات أو اضطرابات النطق أو الأشخاص الذين يختلف مظهرهم الجسدي أو وضعهم الاجتماعي عن أكثرية من حولهم، والتركيز على إعطائهم فرصاً أكبر في تحقيق طموحاتهم وتنمية قدراتهم الشخصية والاجتماعية.

□ خامساً: ضرورة التأكيد على مواجهة المواقف الاجتماعية بدلاً عن تجنبها أو الابتعاد عنها، وأيضاً الحث على التعبير عن النفس بدلاً من الانكماش والصمت. وفي الحديث الشريف عن ابن عمر رضي الله عنهما أن رسول الله ﷺ قال: «المؤمن الذي يخالط الناس ويصبر على أذاهم خير (أو أعظم أجراً) من الذي لا يخالط الناس ولا يصبر على أذاهم». أخرجه البخاري. [مرجع رقم ٣، المجلد الثاني]

وعن أبي سعيد الخُدري رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول: «من رأى منكم منكراً فليغيره بيده فإن

فمن لم يستطع فبلسانه فإن لم يستطع فبقلبه وذلك أضعف الإيمان» رواه مسلم [مرجع رقم ٣].

وهذه مبادئ اجتماعية أساسية في إصلاح المجتمع المسلم. وهي تساهم من الناحية العملية في التخفيف من شدة التوتر والقلق المرتبط بالمواقف الاجتماعية من خلال الصبر وتكرار المواجهة والتعبير عن النفس. كما تساهم في العلاج وفي التخفيف من تطور حالات الخوف الاجتماعي ومضاعفاتها المزمنة وتعطيلها للإنسان ونشاطاته.

□ سادساً: التأكيد على أهمية فرص العلاج الطبي والنفسي والتوعية وذلك بمشاركة وسائل الإعلام المختلفة كالصحف والمجلات وغيرها من الأساليب التعليمية. وسابعاً ضرورة توفر العلاج النفسي والخدمات النفسية المتطورة للجميع. وكل ذلك يساعد على الرعاية الصحية النفسية وتعميمها وعلاج الحالات المرضية بشكل مبكر إضافة إلى الحد من معاناة وآلام المصابين والأسرة بجهدهم نحو التحسن والشفاء بإذن الله [مرجع رقم ١٠].

● ● ●





ملحق رقم (١)

□ استبيان الخوف الاجتماعي □

نرجو قراءة العبارات التالية ووضع رقم في المكان المناسب لدرجة القلق وأيضاً رقم آخر في المكان المناسب لدرجة تجنب الموقف علماً بأن ١ = لا يوجد/ ١ = درجة ضعيفة/ ٢ = درجة متوسطة/ ٣ = درجة شديدة

الخوف الاجتماعي	درجة القلق				درجة التجنب أو الهروب			
	لا	ضعيفا	متوسطا	شديدا	لا	أحيانا	متكررا	كثيرا
١- التحدث [illegible] أمام الناس								
٢- [illegible] في مجموعة من الناس								
٣- [illegible] في الأماكن العامة والحفلات								
٤- [illegible] أو الشرب [illegible] من الناس								
٥- [illegible] أو التحدث مع أصحاب السلطة								
٦- الذهاب إلى الحفلات								
٧- [illegible] وهو الأغراب								
٨- أن تعمل شيئاً لا تجيده جيداً أمام الآخرين								
٩- أن تتحدث مع مسئولين أو الكبار								
١٠- أن تعبر عن [illegible] أو عدم موافقتك في الرأي مع أشخاص لا تعرفهم جيداً								
١١- أن تتحدث مع أشخاص لا تعرفهم جيداً								
١٢- مقابلة أشخاص غرباء								
١٣- أن تتبول في حمام عام								
١٤- أن تدخل الغرفة بينما الآخرون جالسون بالفعل								

١٥- أن تكتب وأنت تحت مراقبة الآخرين

١٣	أن تكون في [illegible]								
٥	أن تقبل من الزملاء [illegible]								
١٨	أن تلقى [illegible]								
٩	التعاون مع الناس الآخرين [illegible]								
٢٠	أن تكلم شخصاً [illegible] الآخرين								
	أن تكون [illegible]								
٣	أن [illegible]								
	أن تشارك [illegible] الآخرين								
١٥	أن تحب الناس الآخرين								
١١	[illegible]								
١٧	أن [illegible]								
	أن [illegible] الآخرين								
١٦	التصرف في [illegible]								
٥	التعامل مع [illegible]								
٢٠	[illegible]								
١٩	التعامل مع [illegible]								
٢٢	التعامل مع [illegible]								
٢٤	[illegible]								
١	النظر في عيون الآخرين								
٢٦	[illegible]								
٢٥	التعبير عن [illegible] الآخرين								
٢٨	مواقف أخرى								

• (إعداد الدكتور حسان المالح، ١٩٩٣)

ملحق رقم (٢)

□ قائمة الأعراض الجسمية في القلق الاجتماعي (*)

ضع علامة على العبارة التي تنطبق عليك عند مواجهتك لموقف اجتماعي معين

١ – زيادة ضربات القلب (الخفقان)
٢ – صعوبة التنفس
٣ – الشعور بالحرارة أو البرودة
٤ – زيادة التعرق
٥ – احمرار الوجه
٦ – تصلب عضلات الساقين
٧ – الرجفة (الرعشة) في اليدين أو الساقين
٨ – الشعور بالرغبة بالتقيؤ
٩ – الشعور بالضعف أو فقد الطاقة
١٠ – الشعور بالخدر مثل الدبابيس والإبر في الأصابع والأرجل
١١ – ارتعاش في العضلات
١٢ – صعوبة البلع، تشنج الحلق والشعور بالغصة
١٣ – الشعور بالدوار في الرأس
١٤ – توتر العضلات أو شد العضلات
١٥ – جفاف الحلق والفم
١٦ – الشعور بالاختناق والإغماء
١٧ – ألم في الصدر
١٨ – الشعور بتشوش الأفكار أو عدم التركيز
١٩ – الرغبة في التبول أو الشعور بالإسهال
٢٠ – ضغط على الرأس (صداع)
٢١ – الشعور بالرغبة بالتبول
٢٢ – طنين في الأذنين
٢٣ – الإسهال
٢٤ – امتلاء المعدة
٢٥ – غشاوة في النظر وعدم وضوح النظر

(*) إعداد د. حسان المالح، ١٩٩٣

ملحق رقم (٣)

□ قائمة المخاوف في الخوف الاجتماعي □

ضع إشارة على العبارة التي تنطبق عليك

١ - [illegible]

٢ - الخوف [illegible]

٣ - الخوف [illegible]

٤ - الخوف [illegible]

٥ - الخوف [illegible]

٦ - الخوف [illegible]

٧ - الخوف [illegible]

٨ - الخوف [illegible]

٩ - الخوف [illegible]

الخوف [illegible]

١٠ - الخوف [illegible]

الخوف [illegible]

١٢ - الخوف [illegible]

١٤ - [illegible]

* إعداد الدكتور حسان المالح. [illegible]

ملحق رقم (٤)

□ أمور أخرى مرافقة في حالات الخوف الاجتماعي* □

ضع إشارة على العبارة التي تنطبق عليك

١ – مراقبة النفس وانتقادها
٢ – الحساسية الزائدة للنقد
٣ – الحساسية الزائدة والقلق للأعراض الجسمية للقلق [illegible]
٤ – [illegible]
٥ – الشعور [illegible]
٦ – [illegible]
٧ – [illegible]
٨ – [illegible]
٩ – [illegible]
١٠ – [illegible]
١١ – [illegible]
١٢ – [illegible]
١٣ – [illegible]
١٤ – [illegible]
١٥ – [illegible]
١٦ – [illegible]
١٧ – الخوف من الإحراج [illegible]
١٨ – أمور أخرى

* إعداد الدكتور حسان المالح، [illegible]

ملحق رقم (٥)

◘ ملاحظات حول تحليل الشخصية و(البطاقة) قوة الشخصية وضعفها ◘

[illegible]

[illegible]

* إعداد الدكتور حسان الشلبي، ١٩٩٣م

ملحق رقم (٦)

ملاحظات حول طريقة الكلام / والطلاقة

- تحريك الفك السفلي كثيراً
- تحريك الشفاه
- ظهور الحروف بشكل [illegible] مثل [illegible]
- الرتابة أحياناً عند بداية الكلام
- الإبطاء الواضح في سرعة الكلام
- أخذ النفس قبل البدء في الكلام / أثناء الكلام
- استخدام الحركات التعبيرية غير [illegible] [illegible]
- [illegible] الصوت [illegible] بشكل [illegible]
- [illegible] على [illegible] الحروف [illegible] بشكل [illegible]
- استخدام [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] الكلام [illegible] [illegible]
- استعمال [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
- [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
- [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
- [illegible] والاستمتاع من طريقة الكلام [illegible]
- التفاعل [illegible] والتعرف مع الآخرين
- الاهتمام [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

• (إعداد الدكتور حسان المالح ١٩٩٣)

الكلمات والمصطلحات الإنكليزية ومعانيها في العربية

- تكيفي من التكيف والتوافق	- Adaptive:
- الخوف من أماكن السوق والأماكن المزدحمة وترك المنزل والخروج من المنزل وحيداً	Agoraphobia.
- العلاج النفسي التحليلي الدينامي الذي يعتمد على التحليل النفسي والعقد النفسية	- Analytic Psychotherapy
- فقد الشهية العصبي أو العصابي، وهو من الاضطرابات عند الفتيات المراهقات، ويتميز أساساً بالشعور بالبدانة وتناول حمية زائدة وتمارين رياضية لتخفيف الوزن مع أن الوزن منخفض أصلاً	- Anorexia:
- الشخصية المضادة للمجتمع، وتتميز أساساً بالسلوك العدواني والإجرامي المتكرر منذ المراهقة	- Antisocial Personality
- القلق النفسي	- Anxiety
التدريب على تحقيق الشخصية وتوكيدها	Assertive Training:
الأفكار العفوية (التلقائية أو الأوتوماتيكية)	- Automatic Thoughts:

Autonomic Nervous System:	– الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي)
Avoidance:	– تجنب: سلوكي هروبي خوفاً من الاجتماعي
- Avoidant Disorder:	– الاضطراب الاجتنابي
Avoidant Personality:	– الشخصية الاجتنابية (الهروبية) (القلقة)
- Behavioral:	– سلوكي متعلق بالسلوك
- Biofeedback Instruments:	– الأجهزة العاكسة للوظائف العضوية، التغذية الاسترجاعية الحيوية: الاسترخاء بواسطة هذه الأجهزة العاكسة والتعلم ضبط حالة من الوظائف الجسمية مثل سرعة النبض أو درجة التوتر العضلي في الجبين أو العرق أو درجة الحرارة وغيرها من الوظائف
- Blushing:	– احمرار الوجه
- Borderline Personality:	الشخصية الحدية: وتتميز أساساً بعدم ثبات الهوية والسلوك الاندفاعي والأنانية في العلاقات الاجتماعية إضافة إلى مشاعر الغضب والملل المزمن
- Short Term Psychotherapy:	– العلاج النفسي قصير الأمد أو ذو الوقت المحدد
- Bulimia:	– النهام العصبي أو الشره، ويعتبر اضطراب نفسي من اضطرابات الطعام ويتميز أساساً بنوبات من الأكل الشره ثم الشعور بالذنب والتقيؤ الإرادي لتخفيف الوزن
- Castration Complex:	– عقدة الخصاء: من الخصية والخصي، الخوف من أن يصبح الإنسان منها دون خصية بالمعنى الحرفي
- Claustrophobia:	الخوف من الأماكن المغلقة أو الضيقة

- Cognitive School: — المدرسة المعرفية: منطلقة من المعرفة وطريقة إدراك الأمور

- Conditional Learning: — التعلم الشرطي: وهو يعني نظرية تعلم تفسر من خلال ظهور مثير لردة الفعل هذا وارتباطه به زمنيا، وهكذا تصبح مرتبطا بانفعالات عصبية وسلوكيات بعد تكرار الارتباط، وكذلك يتعلم الطفل أن يرجع بسرعة إلى غرفته عندما يرى عمه المتزمت لأن الحضور المتكرر له ارتبط بشعور بالذم ما يؤدي ذلك إلى عدم الاستمتاع بالطفل أو الرجعة

- Dependent Personality: — الشخصية الاعتمادية: وتتميز بشكل أساسي بعدم القدرة على اتخاذ القرارات الشخصية ولا تستطيع العيش بدون الآخرين ومساعدتهم ومواقفهم لا يرى عيوبا من أحد وعدم الاستقلال وعدم تقبل الوحدة والفراق والخوف من ذلك

- Depression: الاكتئاب، الكآبة

- Desensitization: — إزالة الحساسية التحسس المراجعة التدريجية

- Developmental: — نمائي، تطوري، مرحلي

- Developmental Psychology: — علم نفس النمو

- Dichotomous Thinking: — التفكير الثنائي ... أو الكلي

- Difficulty in Breathing: صعوبة التنفس

- Dizziness: دوخة، دوار

- Dynamic: ديناميكي، متفاعل، نشط، متحرك بحيوية لها طاقة مستمرة أو ذات تغير مستمر

- Eclectic: الانتقائي الاصطفائي التوفيقي: اختياري مؤلف من أحسن العناصر المستمدة من مصادر مختلفة

- Eclectic Psychotherapy: العلاج النفسي الانتقائي

- Emotional Expression: التعبير الانفعالي: التعبير عن الانفعالات بسطحيتها واستعمال الكلمات والأساليب المناسبة لذلك

- Encouragement: التشجيع

- Essential Tremor: الرعشة الأساسية

- Etiological Diagnosis: التشخيص السببي المرتبط بالأسباب

- Exposure: المواجهة، التعرض

- External Locus Of Control: المحور الخارجي للسيطرة: الاعتقاد بأن سببها أمور خارج الذات

- Extraversion: الانبساطية: الاتجاه خارج الذات في الاهتمامات والمشاركة

- Fear: الخوف العادي: وهو من الانفعالات الطبيعية التي تسبب حالة القلق العام والترقب والتحسب وتوقع الخطر

- Flooding: الغمر: المواجهة الكاملة للمواقف

- Focal Psychotherapy: العلاج النفسي المتمركز حول محور معين

- Generalized: معمم، عام

- Generalized Anxiety: القلق المعمم غير المحدد

- Genetic: وراثي

- Guilt Feeling: مشاعر الذنب

- Guilt Delusion: ضلالات الذنب

- Guilty Conscience: الضمير المذنب

- Histrionic Personality: الشخصية شبه هستيرية: وتتميز بلفت الانتباه والإغراء والمبالغة في التعبير الانفعالي وسطحية الانفعالات وعدم تحمل الإحباط والحاجة إلى التفكير الانطباعي الذاتي دون دقة أو تحديد

- Home Bound: الاحتجاز في البيت: عدم الخروج من المنزل

- Homogeneous Group: مجموعة متجانسة

- Hypnotherapy: العلاج بالتنويم الإيحائي

- Identification: التماهي بالمعتدي

- Interjection: الاستبطان

- Introversion: الانطوائية

- Labelling: إطلاق التسميات: إلصاق النعوت والصفات

- Language And Speech Disorders: اضطرابات النطق والكلام

- Learning Theory: نظرية التعلم

- Low Self Esteem: ضعف تقدير الذات: ضعف الثقة بالنفس

- Mitral Valve Prolapse: تدلي الصمام التاجي

- Muscle Tension: التوتر العضلي

- Narcissistic Personality: الشخصية النرجسية الأنانية: وتتميز بشكل أساسي بحب الذات والشعور المفرط لإعجاب الآخرين وحبهم والمبالغة التي تصل إلى الصفات والمبالغات

- Nasal Polypus: الزوائد الأنفية: اللحمية الأنفية

- Nasal Deviation: انحراف حاجز الأنف

- Negative Evaluation:	- التقويم السلبي
- Neurotic Disorders:	الاضطرابات العصابية ، وهي الاضطرابات النفسية العصبية
- Obsessive Compulsive Personality:	- الشخصية الوسواسية القهرية ويتصف صاحبها بالمثالية الزائدة والاهتمام بالتفاصيل الدقيقة والتفكير على حساب المشاعر ، والترتيب والنظام وعدم المرونة والشح وغير ذلك
- Omission:	- حذف ، إسقاط ، إهمال
- Overanxious Disorder:	- اضطراب القلق المفرط
- Overdiagnosis:	- استعمال تشخيص معين بشكل مفرط ، الإفراط في تشخيص ما
- Pale Face:	- شحوب الوجه
- Palpitation:	- الخفقان ، زيادة ضربات القلب
- Panic Attack:	- نوبة الهلع ، نوبة القلق الحادة
- Panic Disorder:	- اضطراب القلق الحاد المرضي
- Paradoxical:	- متناقض ظاهريا ، تناقضي ، عكسي
- Paranoid Personality:	- الشخصية الزورية ، وتتميز بشكل أساسي بالشك وعدم الثقة بالآخرين وتوقع الأذى منهم إضافة إلى عدم التسامح والميل للحكم على أي ملاحظة يبديها الشخص على أنها جرح أو إهانة
Pathological Traits:	الصفات المرضية
Passive Aggressive Personality:	- الشخصية السلبية العدوانية ، وتتميز بشكل أساسي بالتأجيل والمماطلة والسلبية والعدوانية غير المباشرة

- Persecutory Delusions: — ضلالات الاضطهاد: وهمه ملاحقات بالملاحظة والمراقبة والإيذاء
- Perspiration: — العرق
- Percussion: — الدق والضغط على قمة طرف الإصبع
- Physical And Sexual Abuse: — الإيذاء الجسدي والجنسي
- Phobic: — الخوف المرضي
- Primary Prevention: — الوقاية الأولية: منع حدوث المرض وهناك الوقاية الثانية والثالثة بالطب النفسي
- Projective Test-Rorschach: — اختبار إسقاطي: بقع الحبر نسبة إلى الطبيب الذي ابتكره
- Prospective Studies: — الدراسات المستقبلية المتابعة
- Psychoanalysis: — التحليل النفسي
- Psychotic: — ذهاني: عقلي مرتبط بالاضطرابات العقلية الكبرى
- Questionnaire: — استبيان: مجموعة من الأسئلة المكتوبة يجيب عليها المفحوص
- Reactive Anxiety Depression: — القلق الاكتئابي التفاعلي: القلق والاكتئاب يحدثان نتيجة لسبب معين كرد فعل عنه أو استجابة له
- Reinforcement: — التعزيز: إثابة السلوك الطيب
- Rejection Sensitivity: — الحساسية للرفض وعدم القبول والنقد
- Relaxation: — الاسترخاء
- Relaxation Therapy: — العلاج بواسطة الاسترخاء
- Retrospective Studies: — الدراسات الاسترجاعية: تعتمد على الاستعادة من الأحداث الماضية واسترجاعها

- Reward: المكافأة
- Rheumatic Fever: الحمى الرثوية
- Role Play: تمثيل دور معين - لعب دور معين
- Schizoid Personality: ـ الشخصية شبه الفصامية - وتتميز بشكل أساسي بالانطواء والوحدة وعدم الرغبة في تكوين العلاقات الاجتماعية والبرود الانفعالي
- Schizotypal Personality: الشخصية شبه النمط الفصامي وتتميز بشكل أساسي بغرابة التفكير والكلام والانفعالات وعدم الاهتمام بالمظهر إضافة إلى الانطوائية والعزلة
- Self Talk: الكلام الذاتي - أن يتحدث الإنسان مع ذاته
- Semi Structured Interview: ـ مقابلة نصف مقننة - وتعني أن هناك أسئلة يجب إجابتها مع ترك للمفحوص حرية التعبير عن أمور أخرى معه
- Separation Anxiety: ـ قلق الانفصال
- Septal-Hippocampal Region: ـ منطقة الحاجز وحصان البحر في المخ
- Social: ـ اجتماعي
- Social Anxiety: ـ القلق الاجتماعي
- Social Introversion: ـ الانطواء الاجتماعي
- Social Phobia: ـ الخوف الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي (من الرهبة)
- Social Skills: ـ المهارات والقدرات الاجتماعية
- Somatic Anxiety: أعراض القلق الجسمية كالخفقان والعرق والرجفة وغيرها
- Stuttering: ـ التأتأة - التهتهة
- Submission: الإذعان

العلاج النفسي التدعيمي المساند	Supportive Psychotherapy
- تناذر، زملة: مجموعة من الأعراض التي تظهر بشكل مشترك	Syndrome
نظرية المنظومة، نظام: وحدة متألفة من العناصر تقوم على مبدأ التوازن واستقلاله ثم تكونه مرة جديدة	- System Theory
المزاج	- Temperament
- التحويل السلبي: الحالة التي تنقل فيها الانفعالات والتصورات السلبية من والدي المريض إلى شخص الطبيب	Transference, Negative
- الرجفة، الرعشة	- Tremor
- استسهال التشخيص بشكل أقل	- Underdiagnosis

● ● ●

المراجع

١ ـ القرآن الكريم

٢ ـ رياض الصالحين، للإمام النووي، دار الفكر، بيروت ١٩٨٩

٣ ـ سلسلة الأحاديث الصحيحة وشيء من فقهها وفوائدها، تأليف محمد ناصر الدين الألباني، المكتب الإسلامي، بيروت ـ دمشق، الطبعة الرابعة ١٩٨٢

٤ ـ المورد، قاموس إنكليزي عربي، منير البعلبكي، دار العلم للملايين ـ بيروت ١٩٨٢

٥ ـ القاموس المحيط، الفيروزآبادي، مؤسسة الرسالة، بيروت ١٩٨٧

٦ ـ المعجم الطبي الموحد إنكليزي ـ عربي ـ فرنسي، تصنيف اللجنة الخاصة بالمصطلحات الطبية العربية في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية شرق البحر المتوسط، مصر، المنسق الدكتور محمد هيثم الخياط، طلاس للدراسات والترجمة والنشر، دمشق، الطبعة الرابعة ١٩٨٤

٧ ـ قواعد الأدب النفسي في المجتمع المسلم ـ نظرات في سورة الحجرات. تأليف الدكتور كامل سلامة الدقس. مطبعة خالد الطرابيشي دمشق. دار الشروق جدة ١٩٧٦

٨ ـ نحو علم نفس إسلامي. د. حسن الشرقاوي. الهيئة المصرية العامة للكتاب ١٩٧٦

٩ ـ القرآن وعلم النفس. د. محمد عثمان نجاتي. الطبعة الثالثة دار الشروق ١٩٨٧

١٠ ـ تطور الطب النفسي ونظرة الفرد والمجتمع. د. حسان المالح النفس المطمئنة. مجلة الطب النفسي الإسلامي العدد (٣٤) ١٩٩٣

— Amies P.L. Gelder M.G. Shaw P.M. Social Phobia: A comparative Clinical Study. British Journal of Psychiatry 1983 (68) 171-116

12 Butler G. Exposure as a Treatment for Social Phobia: Some Instructional Difficulties. Behaviour Research and Therapy 1985 (23) 651-657

3 — Beutler L.E. Eclectic Psychotherapy: a systematic approach. pergamon press Inc. 1983

14 Chaleby K. Social Phobia in Saudis. Social Psychiatry 1987 22: 167-170

15 · Davanloo H. (Editor) Short-Term Dynamic psychotherapy. Spectrum. New York 1978

6 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised (DSM III R). American Psychiatric Association. Washington 1987

17 — El Islam M.F. Arabic Cultural Psychiatry: Overview. Trans Cultural Psychiatry Research Review 1982 (19) 5-19

18 - Emmelkamp P.M.G. Phobic and obsessive Compulsive disorder. Theory, Research and Practice. New York, Plenum Press, 1982

19 — Friedman S. Implication of Object relation Theory for Behavioural Treatment of Agoraphobia
American Journal of Psychotherapy 1985 (4) 525-540

20 - Greenberg D. Stravynski A. Social Phobia
British Journal of Psychiatry 1983 (143) 526

21 - Holt C.S. Heimberg R.G. Hope D.A. Situational Domains of Social Phobia
Journal of Anxiety Disorders 1992 (6) 63-77

22 — International Classification of Diseases (I.C.D. 10)
World Health Organization Division of Mental Health, Geneva 1988 Draft of Chapter V

23 Kaplan H.I. Sadock B.J. Comprehensive Text Book of Psychiatry
Fourth Edition 1985 Williams and Wilkins

24 Kendell R.E. Zealley A.K. Companion to Psychiatric Studies
Third Edition 1983 Churchill Living Stone

25 - Krupp A.M. Chatton J.M. Werdegar D.
Current Medical Diagnosis and Treatment 1985 Lange Medical Publication Los Altos California

26 Liebowitz M.R. Gorman J.M. Fyer A.J. Klein D.F.
Social Phobia. Review of a Neglected Anxiety Disorder
Archives of General Psychiatry 1985 (42) 729-736

27 Liebowitz M.R. Social Phobia. Modern Problems in Pharmacho Psychiatry 1987 (22) 141-173

28 Malan D.H. A Study of brief psychotherapy. Plenum publishing corporation 1975

29 Malan D.H. Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. Butterworths London 1979

30 Marks I. Living with fear. Understanding and coping with anxiety.
Tab Books, Blue Ridge Summit, P.A. [illegible]

31 Marks I.M., Mathews A.M. Brief Standard self rating for Phobic patients.
Behavioural Research and Therapy 1967 ([illegible]) 263-267

32 Marks I.M. Behavioural Psychotherapy.
The Maudsley Pocket Book of Clinical Management. Bright, Bristol 1986

33 Marzillier J.S., Winter K. Limitation of the Treatment for Social Anxiety. Page 104-[illegible] of failures in Behavioural Therapy. Edited by F.A. E.B. AND Emmelkamp P.M.G. John Wiley and Sons Inc. [illegible]

34 Okasha A., Ashour A. Psycho demographic Study of Anxiety in Egypt. The PSE in Arabic Version. British Journal of Psychiatry 198[illegible] ([illegible]) 70-73

35 Ost L.G., Jerremalm A., Johansson J. Individual response patterns and the effects of different Behavioural methods in the Treatment of Social Phobia.
Behavioural Research and Therapy 1981 (19) [illegible]

36 Persson G. et al. Prognostic factors with four Treatment methods for Phobic Disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica [illegible] ([illegible]) [illegible]

37 — Richard D., Mc Donald B. Behavioural Psychotherapy.
Heinemann Medical Books 1990

38 Scott J., Williams J.M.G., Beck A.T. Cognitive Therapy in clinical practice. Routledge [illegible]

39 Shaw P. A comparison of Three behaviour Therapies in The Treatment of Social Phobia.
British Journal of Psychiatry 1979 (134) 620-623

40 Talbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S.C. Text Book of Psychiatry. American Psychiatric Press Inc. 1988

41. Wardle J. Behaviour Therapy and Benzodiazepines Allies or Antagonists. Review article
British Journal of Psychiatry 1990 (156) 163-168

42. Wolberg L.R. Hand-book of Short-term psychotherapy Thieme Stratton Inc. New York 1980

43. Wolberg L.R. The technique of Psychotherapy New York Grune and Stratton 1977

44. Werkman S.L. Anxiety Disorders in childhood In Comprehensive Text Book of Psychiatry
Edited by Kaplan H.I., Sadock B.J. Fourth Edition 1985
Williams and Wilkins

45. Zane D.M. Contextual Analysis and Treatment of Phobic Behaviour as it changes
American Journal of Psycho Therapy 1978 Vol 32 (3) 338-356

46. Zane D.M., Powell D. The Management of Patients in a Phobic Clinic
American Journal of Psychotherapy 1985 (2) 331-345

● ● ●



خاتمة

كلمـــــات للأمل لا بد منها

من المذكرات اليومية لطبيب نفسي ... والشعر

١ ـ (الصمت)

تفرغ صدري بأحزانه ... كل صباح

قال: إنه الاعتراف

«أسمعتُهم سجع الحمام ... وسمعتُ منهم زئير الأسد»

«تعبتُ في مسيرتي برهة ... ستر العيوب أو ما جنيت على أحد»

اشتقتُ كلَّ الوقت ... أتساقط خوفاً ... وأحزاني لا تشبه الأحزان

أمشي على أعصابي المبعثرة ... فاتني الشمس والقمر

أبحث عن أسلوب مشرق ... ولغة ميسرة

أحس لأحزاني ... تكبلني ... بسلاسل الخوف ... وتمنحني شجاعة

يعتريه لساني كتمثال صموت

تطاردني في الأيام أمكنتي وتصيح بي متاهاتي
خائف من الخوف وأسمك خيمة نبتك

٢ ـ (الحوار)

قريب أنت

تحمي حضورك * تتشابك أصواتك والصور *

يسكنك الحزن

بسنم تثبت بين جنبيك وحملك القبر

تخاف المجتمع من الوردة إلى الثورة وتطير بأوهامك

تحاول الهروب إلى الجهة الأخرى من الكرة الأرضية *

عاريا متمددا على عتبات الماضي تتناثر

تضيع نظراتك في زجاج العيون

تقترف حرماً مجهولاً وذنوباً سرية

تهوي تعب تنظر إلى الصمت وترنُ أسرارك

ليست تمتلىء بالذكريات والرماد المنطفىء

تغلقُ روحَك سمائيها وتحاصر الآلام

٣ ـ (الصدى)

رغم روحك تحتمي أشلاؤك فالكرة الأرضية ما زالت تتكاثر

تعود قليلاً تبكي تحت الرماد والمكان وتجدد الألوان

كأني من خطوة وحب وطني

ندوب [illegible] كسطر [illegible]

يتضح وجهك الآن

[illegible]

وسط الأشجار

[illegible]

[illegible]

ويكتب في [illegible]

• • •

---

* ملاحظة: [illegible]

تصويبات

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
١٢	٣	[illegible]	[illegible]
١٩	١٧	بالنور	عن النور
٦	١٣	أعرها	أعراض
٢٤	٧	غضب أو حروبا	غضب أو حروب
٢٤	٢	ازدياد دقات القلب	ازدياد سرعة دقات القلب وضعفها
٢٤	٢١	واستجابة	[illegible]
٢٩	٧	على أن	من أن
٢٩	١٣	[illegible]	[illegible]
٢٩	١١	كأن	كأنك
٣٠	٣	[illegible]	[illegible]
٣١	٤	وتفسره	تفسره
٣٣	١٩	[illegible]	[illegible]
٣٤	٢	وتفسره	تفسره
٣٥	٣	أو يخطر	أو أن يخطر
٣٥	١٥	ومنافاته مع	[illegible] مع
٣٥	١٤	كما وصفه	كما يصفه
٣٦	١١	وتفسره	تفسره
٣٩	١	وتفسره	تفسره
٣٩	٤	جهرا	جهر
٣٩	٩	التكرار	التكرار
٣٩	٩	أعمره	[illegible]
٤١	٣	[illegible]	[illegible]
٤١	٣	[illegible]	[illegible]
٤٣	٦	[illegible]	[illegible]

٥١	٥	[illegible]	[illegible]
٥١	١٧	أول	[illegible]
٥٣	٥	[illegible]	[illegible]
٥٤	١٥	[illegible]	[illegible]
٥٦	١٢	[illegible]	[illegible]
٥٨	٦	[illegible]	[illegible]
٥٨	٢	[illegible]	[illegible]
٦٣	٧	مع الرحيم [illegible]	مع الرحيم
٦٥	٤	[illegible]	[illegible]
٦٥	١	[illegible]	[illegible]
٦٧	٩	[illegible]	[illegible]
٦٧	١٣	[illegible]	[illegible]
٧٤	٤	[illegible]	[illegible]
٧١	١٩	[illegible]	[illegible]
٨١	٢٩	[illegible]	[illegible]
٨٥	٨	[illegible]	[illegible]
٨٧	١٣	[illegible]	[illegible]
٩	١	[illegible]	[illegible]
٩٣	١٨	[illegible]	[illegible]
٩٥	٩	[illegible]	[illegible]
١٠١	١٥	[illegible]	[illegible]
١٠٢	١٨	[illegible]	[illegible]
١٠٤		[illegible]	[illegible]
١٠٤	١	[illegible]	[illegible]
١٠٧	١	[illegible]	[illegible]
١٠٨	١٥	[illegible]	[illegible]

الصفحة	السطر	الخطأ	الصواب
٤١	١٢	[illegible]	[illegible]
٨	٩	الاضرابات	الاضطرابات
٨	١٥	الاضرابات	الاضطرابات
٢١	٨	جو	جوي
١٦٣	٤	المعول	المعولاً
١٦٣	٧	[illegible]	[illegible]
١٦٣	٤	[illegible]	[illegible]
٩٣	١٤	[illegible]	[illegible]
٢٨	١٣	الإضرابية	الاضطرابية
١٣٣	١٤	[illegible]	[illegible]
٤٦	٢	[illegible]	[illegible]
٤٦	٢٢	[illegible]	[illegible]
١١٥	٣	[illegible]	[illegible]
١١٩	٨	[illegible]	[illegible]
١٥٨	١	[illegible]	[illegible]
١٦	٨	[illegible]	[illegible]
١٦٨	١٤	[illegible]	[illegible]
٧٩	٤	[illegible]	[illegible]
٧١	٢	[illegible]	[illegible]
٧٢		[illegible]	[illegible]
١٢٦	١	[illegible]	[illegible]
١٨٧	٥	[illegible]	[illegible]
١٩	١	[illegible]	[illegible]
١٩٥	٢	[illegible]	[illegible]

☐ تذكرة هامة

إن خدمات الطب النفسي يحتاجها العديد من الأشخاص مثل حالات:

- ☐ الاستشارات النفسية العامة.
- ☐ القلق الحاد والمزمن (التوتر ـ الزرفزة ـ انشغال البال).
- ☐ الاكتئاب الارتكاسي، والاكتئاب المزمن (التعب النفسي وتعب الأعصاب ـ الضيقة).
- ☐ الخوف الاجتماعي (الخجل).
- ☐ الحالات الوسواسية (الوسوسة والشك والرغبة الملحة في التأكد).
- ☐ الخوف من الأمراض.
- ☐ صعوبات التكيف.
- ☐ الشكاوى الجسمية النفسية المنشأ.
- ☐ الآلام العضلية العصبية (الصداع بأنواعه ـ آلام الظهر).
- ☐ الأعراض النفسية المرافقة للأمراض العضوية المختلفة.

رابعاً حالات الأطفال والمراهقين، مثل:

- الاضطرابات السلوكية عند الأطفال والمراهقين.
- التبوّل الليلي.
- صعوبة التحصيل الدراسي.
- التخلف العقلي.

رابعاً حالات الاضطرابات الجنسية، و:

- اضطرابات الطعام والوزن (السمنة والنحافة).
- اضطرابات النوم (الأرق ـ تقطع النوم ـ الكوابيس ـ فرط النوم، وغيره).
- المشكلات العائلية والشخصية واضطرابات الشخصية.
- الاضطرابات الذهانية العقلية كالفصام والهوس والفك (الزور) وغيرها.
- بعض الأمراض العصبية كالصرع واضطرابات الشيخوخة وغير ذلك.

لا تتردد كثيراً قبل استشارة الطبيب، فقد تغيرت الحياة، ولا يتعارض العلاج النفسي مع جهود الإنسان الشخصية في صراعه مع مشكلاته وحلولها. كما أن الاضطراب النفسي ليس عيباً أو ضعفاً، فالإنسان القوي يضعف أحياناً ثم يستعيد قوته..

عنوان المؤلف: عيادة الطب النفسي ـ جدة ص.ب. ١٤٧٦٣
هاتف: ٦٧٣٠٤٨٨

سيصدر قريباً عن الدار

ديوان شعر

(عواصف شامس)

للشاعر الأستاذ

محمد فلاح

الإيداع في مكتبة الأسد الوطنية

الخوف الاجتماعي (الخجل) : دراسة علمية للاضطراب النفسي : مظاهره ـ أسبابه وطرق العلاج / حسان المالح . ـ ط ٢ . ـ دمشق : دار الإشراقات، ١٩٩٥ . ـ ٢١٦ ص ؛ ٢٢سم .

١ ـ ١٥٨م ا ل خ ٢ ـ ٤ ر ١٥٢ م ا ل خ
٣ ـ العنوان ٤ ـ المالح

مكتبة الأسد

ع ـ ٩٤١ / ٩ / ١٩٩٤